1930 Num. 52

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

diretta dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Volume XXXVII - Anno 1930

ROMA

N. 14 Via Sistina — N. 14

1930

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per il 1930.

Adreani dott. Pietro - Colle Val d'Elsa.
Agostini dott. Marcello - Roma.
Alessandri prof. Roberto - Roma.
Almagià prof. Marco - Roma.
Altana prof. Giuseppe - Reggio Emilia.
Amici dott. Domenico - Ascoli Piceno.
Andreotti dott. Aniello - Ponticelli.
Ansaldi dott. Cesare - Sanaa (Yemen).
Antonelli dott. G. - Napoli.
Aprile dott. Vittorio - Roma.
Arcieri dott.ssa Maria - Roma.
Ascoli prof. Manfredo - Roma.
Ascoli prof. Ruggero - Milano.
Ascoli prof. Vittorio - Roma.
Atella dott. Mario - Potenza.
Avoni prof. Aldo - Bagni della Porretta.
Ayala prof. Giuseppe - Roma.
Babini dott. Riccardo - Ravenna.
Baggio prof. Gino - Cagliari.
Balduzzi dott. Attilio - Alghero.
Ballati dott. Giuseppe - Caltanissetta.
Bani dott. Ugo - Roma.
Barbèra dott. Giovanni - Roma.
Barbieri dott. Augusto - S. Giorgio di Pesaro.
Barone dott. Gius. Vittorio - Torino.
Basile prof. Carlo - Roma.
Bastianelli prof. Pietro - S. Giovanni Valdarno.
Beccherle prof. Guido - Castiglione delle Stiviere.
Bedarida dott. Nino Vittorio - Torino.
Bellandi prof. Ernesto - Pisa.
Bellini dott. Enzo - San Miniato.
Benedetti-Valentini dott. Fabiano - Roma.
Bentivoglio dott. Gian Carlo - Roma.
Beretvàs prof. Leopoldo - Palermo.
Bettini dott. Oreste - Brentonico.
Bignami dott. Francesco - Roma.
Bombi dott. Giulio - Montebelluna.
Bompiani prof. Roberto - Roma.
Bonanno dott. Giuseppe - Palermo.
Bonoli dott. Umberto - Comacchio.
Borromeo dott. Giovanni - Roma.
Boschi prof. Gaetano - Ferrara.
Bossa dott. Guido - Napoli.
Botto Micca dott. Augusto - Tarquinia.
Brancati prof. Raffaele - Roma.
Bucci dott. Celeste - Roma.
Busacca prof. Attilio - Roma.
Businco dott. Armando - Cagliari.
Cairo dott. Gaetano - Codogno.
Calisti dott. Enrico - Perugia.
Calò dott. Aldo - Roma.
Calzolari dott. Torquato - Avezzano.
Canale dott. Piero - Firenze.
Cantalamessa dott. Vittorio - Roma.
Cantelmo dott. prof. Orlando - Napoli.
Capecchi dott. Egisto - Cesenatico.
Capone-Braga dott. Piero - Roma.
Capparoni dott. Pietro - Roma.
Cappelli prof. Luigi - Roma.
Cardini prof. Massimiliano - Firenze.
Carella dott. A.
Carezzano dott. Paolo - Alessandria.
Carnelli dott. Riccardo - Modigliana.
Carusi dott. Renzo - Roma.
Casarini prof. Arturo - Roma.
Caturegli dott. Carlo - Buti.
Catteruccia dott. Crispino - Roma.
Cavalletti dott. Vincenzo - Roma.
Ceccarelli dott. Danilo - Roma.
Cerqua dott. Saverio - Cairo.
Chiarolanza prof. Raffaele - Napoli.
Chiasserini prof. Angelo - Venezia.
Cipriani prof. Carlo - Torino.
Clara dott. Pilade - Rivolta d'Adda.
Clemente prof. Domenico - Oliveto Citra.
Collina dott. Mario - Roma.
Conte dott. Giannino - S. Bellino di Rovigo.
Corbini dott. Giulio - Siena.
Cusumano prof. Ferdinando - Palermo.
Dal Prato dott. Carlo - Imola.
D'Amico dott. Giuseppe - Roma.
De Angelis dott. Eugenio - Roma.
De Benedetti dott. Virginio - Ivrea.
Dell'Aquila dott. Tommaso - Lagaro.
De Luca dott. Benedetto - Grosseto.
De Sanctis prof. Sante - Roma.
De Sanctis Monaldi prof. Tullio - Parigi.
De Simone dott. Giuseppe - Mantova.
Di Natale dott. Antonio - Roma.
Di Segni dott. Mosè - Roma.
Dogliotti dott. Amedeo - Torino.
Doria prof. Raimondo - Roma.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Egidi prof. Guido - Roma.
Emiliani dott. C. Luigi - Bologna.
Emiliani dott. Pietro - Forlì.
Ettorre prof. Enrico - Milano.
Faberi dott. Mario - Roma.
Fabris dott. Pietro - Conegliano.
Fazzari dott. Ignazio - Palermo.
Fernandez prof. Giuseppe - Palermo.
Ferrannini dott. Alfredo - Catania.
Ferrannini prof. Andrea - Napoli.
Ferrannini prof. Luigi - Catania.
Ferrari dott. Pasquale - Castrovillari.
Ferrarini prof. Guido - Pisa.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Fici prof. Vincenzo - Palermo.
Filippa dott. Carlo - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fiorini dott. Ennio - Verona.
Forni prof. Gherardo - Bologna.
Franchetti dott. Augusto - Roma.
Frassinetti dott. Pietro - S. Giovanni in Persiceto.
Gaifami prof. Paolo - Bari.
Galli dott. Paolo - Faenza.
Gandolfi dott. Raffaele - Finale dell'Emilia.
Garberini dott. Giuseppe - Tivoli.
Gazzarini dott. Cosimo - Rio nell'Elba.
Gazzotti dott. Igino - Modena.
Ghiron prof. Vittorio - Roma.
Giacobbe dott. Corradino - Roma.
Giannelli prof. Augusto - Roma.
Giordano prof. Giacinto - Chieri.
Gioseffi dott. Mauro - Parenzo d'Istria.
Gosio dott. Renato - Roma.
Graziani dott. F. - Zara.
Guaraldi dott. Bruno - Finale Emilia.
Gucci dott. Giuseppe - San Gimignano.
Guccione dott. Francesco - Roma.
Gwerder-Pedoja dott. J. - Davos (Svizzera).
Inglima dott. Giuseppe - Finale Emilia.
Introzzi dott. Paolo - Pavia.
Israel dott. Paolo - Roma.
Jacarelli dott. Enrico - Macerata.
Jura prof. Vincenzo - Roma.
Kalmar dott. L. - Davos (Svizzera).
La Monica dott. Ugo - Roma.
Laureati dott. Lauro - Fabriano.
Lega dott. Giulio - Roma.
Leonardi prof.
Locatelli dott. G. - Sedico.
Lozzi dott. Venanzio - Roma.
Lozzi dott. Vincenzo - Roma.
Lucacer dott. M. - Palermo.
Lucchese dott. Giuseppe - Firenze.
Lusena dott. Marcello - Padova.
Lusena dott. Renato - Roma.
Luzzatto-Fegiz dott. Giusto - Roma.
Macaggi prof. Domenico - Genova.
Maguani dott. Francesco - Mantova.
Mannini dott. Romanello.
Margreth prof. Giovanni - Modena.
Marino dott. Vincenzo - Roma.
Marri dott. Pietro - Pontedera.
Masci prof. Bernardino - Roma.
Maselli dott. Domenico - Roma.
Massimi dott. Giuseppe - Roma.
Massini prof. Carlo - Genova.
Matronola prof. Girolamo - Roma.
Maurizio dott. Eugenio - Padova.
Mazzetti dott. Mario - Cuasso al Monte.
Meldolesi dott. Gino - Roma.
Mendes prof. Guido - Roma.
Mezzatesta prof. Francesco - Roma.
Milani prof. Eugenio - Roma.
Millul dott. Giorgio - Pisa.
Mingazzini prof. Ermanno - Roma.
Monacelli prof. Mario - Roma.
Monteleone prof. Remo - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Moor dott.a Elisabetta - Roma.
Morelli prof. Eugenio - Roma.
Morelli dott. Gaetano - Forlimpopoli.
Natoli dott. Basilio - Gioiosa Marea.
Nazari prof. Alessio - Roma.
Neri prof. Filippo - Pisa.
Niccolini prof. Pietro - Firenze.
Nicolini dott. Marino - S. Arcangelo di Romagna.
Nisi dott. Gino - Grosseto.
Nobili dott. Umberto - Tarquinia.
Nuvoli dott. Innocenzo - Roma.
Pacetto dott. Giovanni - Roma.
Paolillo dott. Stanislao.
Pegreffi dott. Enrico - Modena.
Pepi dott. Ortensio - Venezia.
Pergola prof. Mazzini - Roma.
Perrando prof. Gian Giacomo - Genova.
Perri dott. Carlo Alberto - Serrastretta.
Persichetti dott. Edmondo - Roma.
Petrina dott. Enrico - Foiano della Chiana.
Picardi dott. Giovanni - Roma.
Picchi prof. Luigi - Firenze.
Piccinelli dott. Amedeo - Piperno.
Pieri dott. Gino - Belluno.
Pighini prof. Giacomo - Reggio Emilia.
Piperno prof. Arrigo - Roma.
Pisani dott. Antonio - Milano.
Pisani dott. Sante - Prato Toscano.
Pittarelli dott. Emilio - Campochiaro.
Pollitzer prof. Renato - Roma.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Poppi dott. Umberto - Ancona.
Porru dott. Pietro - Firenze.
Pototschnig prof. Giorgio - Vicenza.
Pozzi dott. Arnaldo - Roma.
Puglisi Allegra dott. Stefano - Messina.
Puntoni prof. Vittorio - Roma.
Quaranta dott. Luigi - Bari.
Revoltella dott. Giovambattista - Bari.
Ricci dott. Flaminio - Roma.
Ricci dott. Francesco - Pavia.
Rieti dott. Ettore - Roma.
Rinaldi dott. Rinaldo - Novara.
Rocca dott. Giovanni - Rivarolo.
Rolland dott. A. - Spezia.
Rossoni dott. Riccardo - Anagni.
Sabatini prof. Giuseppe - Sassari.
Sabatucci dott. Riccardo - Roma.
Santangelo prof. Giuseppe - Mantova.
Santonastaso prof. Alfredo - Bari.
Scala prof. Alberto - Roma.
Scollo dott. Giuseppe - Roma.
Selvaggi avv. Giovanni - Roma.
Serra dott. Vittorio - Roma.
Sette prof. Nicola - Ancona.
Siciliano prof. Luigi - Firenze.
Signorelli dott. Ernesto - Firenze.
Silvestri prof. Torindo - Modena.
Solieri prof. Sante - Forlì.
Spinelli dott. Nino - Roma.
Spolverini prof. Luigi - Roma.
Stainer dott. Aldo - Brentonico.
Starna dott. Alberto - Roma.
Stirpe dott. Giulio - Roma.
Stipa dott. Francesco - Roma.
Tarantelli dott. Eugenio - Roma.
Timpano dott. Pietro - Reggio Calabria.
Toffanin dott. Umberto - Badia Polesine.
Tomaselli prof. Andrea - Catania.
Tommasi prof. Lodovico - Siena.
Tonelli dott. Lanfranco - Roma.
Torrioli dott. Mario - Roma.
Toscano dott. Carmelo - Roma.
Trenti prof. Enrico - Roma.
Trossarelli dott. Luigi - Torino.
Truzzi dott. Enzo - Mantova.
Valdoni prof. Pietro - Roma.
Valentini dott. Agenore - San Severino Marche.
Valentini dott. Vincenzo - Roma.
Venezian dott. Edmondo - Roma.
Ventura dott. Ettore - Magenta.
Venturoli dott. Giuseppe - Montiano.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Vicentini dott. Francesco - Roma.
Vidau dott. Giuseppe - Roma.
Villata dott. Gio. Battista - Torino.
Vischia dott. Quirino - Perugia.
Winternitz dott. L. - Trieste.
Zeri prof. Agenore - Roma.
Zingale dott. Michele - Firenze.

INDICE GENERALE

VOLUME XXXVII - 1930

Indice per rubrica

LAVORI ORIGINALI.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

(*) Per comodità degli studiosi abbiamo tentato di ripartire i cenni bibliografici per materie; tuttavia i vari gruppi interferiscono inevitabilmente: perciò converrà di consultare anche i gruppi affini a quello che interessa.

Irrastérine
BYLA

Catalizzatore di calcio
e di fosforo

Vitamina D

Disturbi dell'ossificazione
Stati pretubercolari
Convalescenza

RACHITISMO

Ergosterina
pura irradiata
ai raggi ultravio-
letti in soluzione
oleosa all' 1/100

Sostituisce l'Olio di
fegato di Merluzzo in
tutte le sue applicazioni



STABILIMENTI BYLA
PARIGI

Deposito per l'Italia:
E. GUIEU - Via Lomellina N. 10 - MILANO 133

2-a

Ginecologia ed ostetricia.

Pediatria.

Radiologia - Agenti fisici.

Altre specialità.

Farmacologia - Terapia.

Generalità - Resoconti.

Miscellanea.

ACCADEMIE, SOCIETÀ, CONGRESSI.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO.

NECROLOGIE.

SUNTI E RASSEGNE; APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO; SERVIZI IGIENICO-SANITARI; POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA; CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE: vedi l'INDICE DELLE MATERIE.

CONCORSI; NOMINE, PROMOZIONI E ONORIFICENZE; CORRISPONDENZE; NOTIZIE DIVERSE: vedi alla fine dei singoli fascicoli.

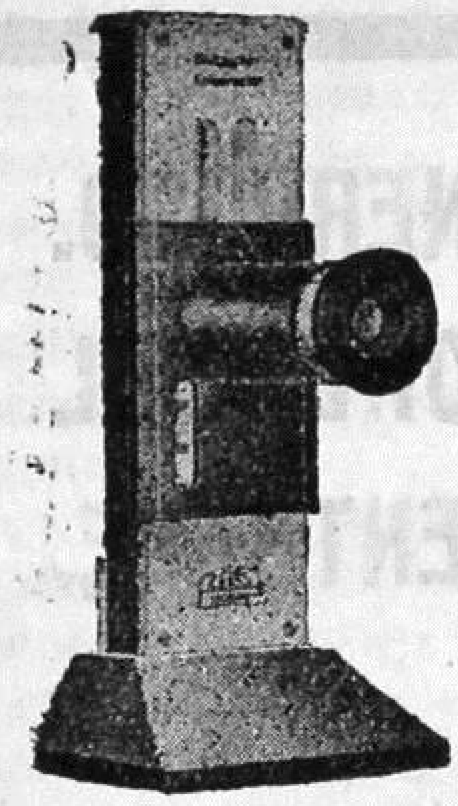
Indice alfabetico delle Materie

E


ESIGERE IL NUOVO CONFEZIONAMENTO 1930
RIFIUTARE OGNI ALTRO
CYTO-SERUM
As. Stricnina
Anemia
Linfatismo
Tubercolosi (med. o chir.)
Eczemi
Malaria
ADULTI
Fiale da 5. cc.
RAGAZZI
Fiale da 2. cc.
TERAPIA CACODILICA INTENSIVA
Clorosi
Leucemia
Convalescenze
Itteri emolitici
Denutrizione
Demineralizzazione
Tubercolosi
Ipotrofie
INIEZIONI INTRA-MUSCOLARI NON DOLOROSE
As. Ferro-Stricnina
As. Manganese-Calcio
HEMO-CYTO-SERUM
CYTO-MANGANOL
OMNE TRINUM .....
TRE PREPARATI che si COMPLETANO o SI SOSTITUISCONO
Secondo le diverse indicazioni
PRODOTTI CORBIERE: Laboratorii del SAZ & FILIPPINI
Via G. Uberti 37 - - MILANO (120)
B.P.E.M 52.613

O

S



Il nuovo Colorimetro

ZEISS-IKON

per la
determinazione dello
zucchero nel sangue
Metodo "Crecelius-Seifert"
Prezzo L. 250

Rappresentanti per l'Italia:

= EZIO & GUIDO KÜHN =

MILANO - Via Settembrini, 60 - MILANO

VILLA BARUZZIANA

CLINICA SPECIALIZZATA PER

MALATTIE NERVOSE

Telefono 15-85 **BOLOGNA** Telefono 15-85

Cure di riposo e di isolamento - Psicoterapia - Cure di disintossicazione (Morfinismo, Cocainismo, Alcoolismo) - Rieducazione dei movimenti (tabe) - Cura della paralisi progressiva colla malaria - Idro-elettroterapia - Reparto isolato per Signore e Signorine psicopatiche con assistenza religiosa - Vasto parco - Trattamento signorile - Assistenza Medica Permanente.

RETTA da L. 40 compresa assistenza medica
Per lunghe degenze da convenirsi
Direzione medica: Prof. V. NERI, Membro Società Neurologia di Parigi. —

OLEOFOSFINA IZZO

EMULSIONE FOSFORATA

preparata secondo la formula del Prof. **Kassowitz**, che ne ha autorizzato la vendita sotto il suo nome

ADOTTATA NEI PRINCIPALI OSPEDALI ED AMBULATORII D'ITALIA

Cento grammi di emulsione aromatica contengono 1 centigramme di fosforo puro

In vendita nelle principali farmacie

Prezzo L. 11 la bottiglia

DEPOSITO PRINCIPALE

Farmacia Internazionale **A. MENARINI** — NAPOLI - Via Calabritto, 4 - NAPOLI

Dietro richiesta si spediscono ai Signori Medici campioni e letteratura

---

STRICNOCANFOL

Previene e vince l'*adinamia* nelle *forme infettive. Insufficienza cardiaca - Astenie Esaurimenti - Convalescenze.* Utile in tutti i casi in cui l'organismo abbia bisogno di essere tonificato e restaurato.

Campioni e letteratura ai Sigg. Medici — **Dott. G. Grillo, Via Assarotti, 46-2 - Genova**

= INSTITUT PASTEUR =

SIERI E VACCINI USO UMANO

Rappresentanza: **ROMA - 102, Via Tritone**

SPLENOCHINARSINA

BARCELLONA

Estratto di milza di vitello - Cloridrato di chinina - Arsenico e Stricnina

Rimedio Specifico contro le FEBBRI MALARICHE (in pillole ed in fiale)

Ogni PILLOLA contiene: Estratto di milza-Cloridr. chinina ana gr 0,10 - Arsen. soda gr 0,0008 - Stricnina gr. 0,00 2. ADULTI: 3-10 pillole al giorno. - BAMBINI 2-5 pillole

Formola approvata dal **Comm. Prof. R. FELETTI** Direttore Clinica Medica della R. Un. di Catania.

Ogni FIALA da cmc. 2 contiene: Estratto ottenuto dalla milza g. 1,00 - Cloridrato di chinina g. 0,90 - Arseniato di stricnina g 0,0015.

Per la pratica pediatrica si preparano fiale da c³ 1, contenenti metà delle sudette dosi.

Campioni e Letteratura a disposizione dei Sigg. Medici

Laboratorii Cav. Dott. R. BARCELLONA di A. Catania

(Approvato dalla R. Prefettura di Catania col N. 22863 in data 1° Agosto 1928).

T

U

Pag.

R

S

ANNO XXXVII Roma, 6 Gennaio 1930 Num. 1

IL POLICLINICO

Per l'anno 1930.

Il "**POLICLINICO**" *fu fondato nel 1893 sotto la direzione dei professori* Baccelli *e* Durante *per accogliere i frutti dell'attività scientifica che si sarebbe svolta nel grande nuovo ospedale, sede eletta di tutte le cliniche universitarie della Capitale. Fu pertanto costituito con due fascicoli mensili di memorie originali, uno dedicato alle discipline mediche, uno alle discipline chirurgiche. Ogni fascicolo si chiudeva con sunti delle memorie più importanti pubblicate in Italia e fuori.*

L'esperienza d'un solo anno dimostrò l'opportunità di dare più ampio sviluppo alla rassegna del movimento scientifico-clinico mondiale: sorse quindi nel 1894, accanto ai due fascicoli per le memorie originali, costituenti il "**POLICLINICO**", *il* **Supplemento**, *fascicolo separato settimanale destinato a sunti di memorie d'ogni campo della medicina e insieme a una rubrica per l'igiene e a notizie.*

Presto i fascicoli mensili si circoscrissero sempre più alla medicina generale e rispettivamente alla chirurgia generale, e accolsero lavori d'ogni scuola d'Italia: il **Supplemento** *aumentò notevolmente il numero delle pagine, servì per lavori originali brevi, s'arricchì di nuove rubriche per ottemperare le finalità cliniche e sociali dei pratici e per tutelarne gli interessi. Per questa sua organizzazione il* **Supplemento** *ebbe sviluppo nazionalistico e acquistò tale autorità ed importanza che il titolo pareva degradarlo e il giogo delle altre due sezioni riuscirgli duro.*

Nel 1902 il **Supplemento** *divenne autonomo.*

Il "**POLICLINICO**" *fu allora nettamente distinto in 3 Sezioni, la* **medica** *e la* **chirurgica** *con fascicoli mensili di memorie originali, la* **pratica**, *settimanale, la quale s'ampliò ancora e si perfezionò per costituire un giornale a sè, il* **vero giornale del medico pratico italiano.**

Il carattere universale di Roma rese facile la nazionalizzazione del "**POLICLINICO**", *che divenne palestra aperta a tutte le scuole italiane, anzi a tutti i medici italiani che avessero qualcosa di onesto e di serio da far conoscere, e sapessero esprimersi con chiarezza, semplicità e brevità. Nessun periodico italiano ha pubblicato e pubblica altrettanti lavori di medici liberi, a qualsiasi canto d'Italia appartengano, quanto il* "**POLICLINICO**".

Non posò mai la redazione dallo studio nel selezionare con rigore e con spirito liberale ogni articolo, nel sorvegliare le tendenze e le trasformazioni della clinica, delle condizioni economiche e sociali dei professionisti, per indirizzare e favorire quell'evoluzione che conveniva all'alto decoro del medico e insieme alla difesa degli interessi professionali di lui.

Il "**POLICLINICO**" *a causa della solida sua organizzazione e con l'assiduo e vigile lavoro della redazione, secondato dall'amministrazione, ha superato i difficili tempi della guerra e del dopoguerra, mantenendo intatti il suo carattere, il suo prestigio, la sua diffusione; anzi meglio nelle difficoltà rafforzandosi e trovando la continuità d'indirizzo e la pienezza delle energie nel regime nuovo.*

Le sezioni mensili sono gli apprezzati archivi della evoluzione delle cliniche mediche e chirurgiche italiane.

Organicamente impostata in rubriche stabili, la Sezione Pratica concede al lettore di trovare rapidamente quanto gli interessa per la coltura, per la pratica, per i suoi bisogni od interessi professionali. Ogni numero non è una sequela inorganica di articoli, nè un'imbottitura delle note rubriche; ma costituisce un quid *organico ed armonico che il pratico attende ogni lunedì come la guida e il conforto della sua vita professionale. Non strombazzature, non frasi smaglianti nè roboanti aggettivi: obbiettività, indipendenza e sobrietà governano ogni rubrica.*

Nel progressivo adattamento alle esigenze dei tempi, le promesse sono state superate dai fatti.

Abbiamo dato quest'anno molte e utili riviste sintetiche, lezioni veramente cliniche, corrispondenze, numeri monografici.

Abbiamo, in più, ripresa la rubrica dell'ufficiale sanitario, la quale assisterà il medico nelle sue importanti funzioni sociali. Per i resoconti delle accademie e società mediche, che rispecchiano il movi-

mento quale anche nel nostro campo sta compiendo l'Italia rinnovata, esigeremo che siano freschi e sopratutto succinti, affinchè non rubino spazio alle altre rubriche.

L'Amministrazione, che spesso ha largheggiato in numero di pagine, promette per l'avvenire ancora più ampio sviluppo delle tre Sezioni.

Nulla concedendo all'invadente **réclame**, *non patteggiando con chicchessia, mediante le sole nostre forze una tale vita con successo crescente abbiamo vissuto; la continueremo nel nuovo XXXVII anno con diritta coscienza e con fede calda d'italianità, confidando le sorti del* **"POLICLINICO"** *alla simpatia, alla fiducia e alla fedeltà dei nostri abbonati.*

LA REDAZIONE

Il **Policlinico**, *come nel passato, costituirà un organo di diffusione rapida dei progressi realizzati dalla medicina; sarà un repertorio di documenti scientifici e clinici; fornirà ai medici, in forma chiara e concisa, nozioni semplici di pratica quotidiana, nonchè notizie utili; provvederà a tutelarne ed a promuoverne gli interessi, a consigliarli, a indirizzarli.*

Nell'anno che ora si chiude, attraverso il sacrificio di alcune decine di migliaia di lire, *senza nulla chiedere agli abbonati, liberammo il giornale dalla confusione che derivava, agli indici, dalla numerazione delle pagine di pubblicità con quelle del testo. La spesa, in relazione all'ingente numero di copie del periodico, è stata notevolissima. Molti altri periodici hanno preferito di non seguirci e di risparmiare tale spesa, lasciando la numerazione confusa. Ma questa amministrazione non è pentita della sua decisione e non tornerà indietro.*

Tutti i caratteri tipografici sono stati rinnovati, così che il **Policlinico** *ha ora una fisionomia che lo rende assai più accetto.*

Nel corso del 1929 sono state offerte ai lettori diverse importanti Riviste sintetiche, che pel passato erano rare. E di recente è stata riattivata l'utilissima rubrica per l'Ufficiale sanitario, la funzione del quale diviene sempre più importante nel campo dell'Igiene sociale e della Sanità pubblica.

La rubrica della Politica sanitaria e Giurisprudenza che, con opportune note chiarificative del collaboratore legale, tiene al corrente il lettore di tutte le disposizioni legislative emanate e delle norme dettate dalla Direzione di Sanità, verrà vieppiù nutrita; al tempo stesso gli abbonati potranno avere dal redattore medesimo sollecita risposta privata ai quesiti professionali che possono affacciarsi nello svolgimento del loro esercizio.

Col nuovo anno si accrescerà ancora l'efficienza del **Policlinico**, *il quale diverrà sempre più organico e ricco e sempre più indispensabile ai medici italiani.*

Il **Policlinico** *vuol essere il riflesso della forza magnifica d'espansione che caratterizza la medicina odierna. L'immenso movimento mondiale della scienza medica non aveva mai assunto l'ampiezza attuale. Nei congressi, nelle società scientifiche, nei periodici, nei libri pubblicati ogni anno, si constata un ardore di lavoro che non ha riscontro nel passato. Si è quindi accresciuta la difficoltà di assegnare un posto proporzionato a ciascuna delle nostre rubriche. Sotto la spinta costante della copiosa quantità di materiale da accasellare, alcune rubriche venivano ad essere soffocate; molto materiale non trovava posto sollecito. Una soluzione s'imponeva ed è stata adottata. Per rispondere alle nuove esigenze e adattarsi alle necessità crescenti ed ai bisogni dei collaboratori e abbonati, l'amministrazione aumenterà il numero delle pagine.*

Nell'annata ora iniziatasi, ogni numero della Sezione pratica (settimanale) consterà di 40 pagine invece di 32; anzi, esse verranno elevate a 44 od a 48 ogni volta che la Redazione lo stimerà necessario. I medici saranno tenuti più rapidamente al corrente di ciò che di notevole si pubblica ed ha luogo in ogni parte del mondo. I resoconti delle Società scientifiche, opportunamente contenuti, troveranno posto più rapido ed adeguato. Con maggiore liberalità che pel passato si ospiteranno i contributi originali dei medici.

Anche la carta verrà gradualmente migliorata, per quanto non sia certo la carta di lusso a conferire maggior valore al contenuto del periodico.

Tutto ciò porterà, ancora, nuovi oneri all'amministrazione, non escluso quello della maggior tariffa postale derivante dal cresciuto peso dei fascicoli. Malgrado tutto, il prezzo d'abbonamento rimane fermo, il che costituisce un vero tour de force per l'amministrazione, la quale mira precipuamente allo scopo di rendere il **Policlinico** *sempre più utile, nell'interesse dei lettori.*

Abbiamo ferma fiducia che i miglioramenti già introdotti e quelli in corso d'attuazione verranno apprezzati dagli abbonati e dai collaboratori.

Il successo crescente del periodico ne è la migliore garanzia e costituisce, al tempo stesso, la più ambita ricompensa al nostro lavoro e il migliore stimolo a progredire.

L' EDITORE.

SOMMARIO.

RIVISTA SINTETICA.

La cura del parkinsonismo postencefalitico.

L'encefalite epidemica è una malattia grave, non solo per l'alta percentuale di mortalità che essa provoca, ma anche per i suoi postumi invalidanti. Questi possono essere di per sè stessi causa di morte a scadenza più o meno lunga e sono di tal natura che il decesso nella fase iniziale acuta può perfino considerarsi preferibile.

Secondo le statistiche più accreditate il parkinsonismo si verifica nel 30 % almeno dei casi di encefalite epidemica, e data la diffusione di questa non sorprende come le sindrome parkinsoniane siano divenute sempre più frequenti.

Si spiegano così gli sforzi fatti ovunque per cercare i mezzi atti ad impedire lo sviluppo di queste forme, a ridurre le conseguenze invalidanti, ad alleviare le sofferenze degli infermi.

Purtroppo si è ancora inermi contro la malattia acuta. L'impiego dei medicamenti utilizzati contro le comuni infezioni non hanno avuto qui maggior successo. La vantata utilità delle iniezioni endovenose di urotropina e di salicilato di sodio merita ancora di essere confermata.

Se si è presso che impotenti ad arrestare la fase acuta della malattia, ancor meno preparati si è a prevenire i postumi permanenti. Questi, parliamo delle sindromi parkinsoniane, si stabiliscono inopinatamente a distanza di tempo più o meno lungo, perfino cinque anni dopo, senza che il decorso della fase iniziale faccia prevedere il grado della successiva invalidità.

Questi postumi sono legati a processi distruttivi del sistema nervoso centrale, come lo sono la paralisi e l'atrofia muscolare nella poliomielite anteriore acuta. Non si tratta della continuazione di uno stato infettivo, di un processo infiammatorio in atto. È arbitraria l'affermazione che tra encefalite epidemica e postumi parkinsoniani esistano gli stessi rapporti che corrano tra sifilide primaria e paralisi progressiva. Si possono pertanto aprioristicamente ritenere ingiustificati i tentativi di cura con il mercurio, con gli arsenobenzoli, con il bismuto, con la inoculazione della malaria e di altre infezioni febbrili, con le iniezioni di proteine, con i sieri di convalescente, autosieri e simili. Ed in effetti tutte queste pratiche hanno sempre lasciato le cose nelle medesime condizioni quando non hanno peggiorato la situazione.

Un altro tentativo con criterio analogico è quello fatto con il cacodilato di soda. Poichè questo medicamento riesce utile nella corea lo si è adoperato anche nel Parkinson a grandi dosi, mai più di 50 cgr. al giorno. Ma è a dubitare che i successi vantati da qualche autore debbano essere messi in conto del miglioramento dello stato generale.

La cura del parkinsonismo non può essere che sintomatica. Allo stato dei fatti non può prefiggersi altro scopo che quello di alleviare le sofferenze dei pazienti, di ridurne l'invalidità.

Prima di elencare queste misure terapeutiche giova ricordare che le sindromi parkinsoniane sogliono seguire con maggior frequenza negli adulti, invece nei bambini e ragazzi fino all'età di 10-13 anni, esse sono meno frequenti, ma non per questo i postumi postencefalitici sono meno allarmanti.

Nei bambini l'encefalite letargica suole determinare, con o senza disturbi motori, disordini mentali caratterizzati da impulsività, irrequietezza, svogliatezza, perdita del controllo su sè stesso, incapacità di concentrazione e di attendere ad occupazione. Ne segue che i bambini hanno una condotta irregolare, immorale o addirittura criminale.

Questa peculiarità della sindrome postencefalitica dell'infanzia devesi mettere verisimil-

mente in rapporto con il fatto che il processo morboso colpisce il cervello durante il periodo dello sviluppo, cioè prima che si siano consolidate le associazioni tra i centri cerebrali superiori (funzioni inibitorie) ed i centri inferiori (funzioni istintive). Mancando o essendo deficiente il controllo dei centri intellettivi e morali, la condotta diventa prevalentemente istintiva, irregolare, immorale.

In queste forme i comuni medicamenti deprimenti non hanno che un'influenza affatto effimera. Nè più efficace si è mostrata la correzione educativa.

Qualche risultato incoraggiante è stato dato solo dall'uso della *bulbocapnina*, recentemente sperimentata.

La *bulbocapnina* è un alcaloide estratto dalla *Corydalis cava*, ed ha una formula molto simile a quella dell'apomorfina quantunque abbia azione ben differente.

In considerazione dei suoi effetti deprimenti essa fu sperimentata in varie forme di tremori, di coreo-atetosi e altri fenomeni ipercinetici con effetti incerti.

Henner studiò gli effetti della bulbocapnina su un uomo normale, su di un malato di parkinsonismo postencefalitico, e su di un individuo con lesione traumatica del cervelletto Nel primo produsse una specie di viscosità psichica o di catalepsia mentale associata a senso di euforia, un senso di armonia e di perfetto adattamento con l'ambiente esterno, senza quistioni, senza problemi, senza dubbi. Dal punto di vista fisico produce una condizione di akinesi, lentezza dei movimenti con tendenza alla catalessia, faccia e sguardo immobile a tipo di maschera. Dal punto di vista motorio, adunque, la bulbocapnina produce una sindrome che arieggia quella del parkin sonismo. Ed in effetti Henner nell'individuo affetto da parkinsonismo postencefalitico ottenne un'accentuazione di tutti i sintomi preesistenti e la rivelazione di qualche altro disturbo parkinsoniano. Viceversa i sintomi della lesione cerebellare migliorarono e scomparvero quasi del tutto. Nella scimmia e nel cane Henner produsse con la bulbocapnina una sindrome simile al parkinsonismo ed alla catalessia.

I. R. Hill rileva che gli studi di Henner provano che la bulbocapnina ha un effetto specificamente depressivo, e che l'accentuazione dei sintomi parkinsoniani e la tendenza a provocarli nei normali dimostra che l'effetto depressivo si esercita sopratutto sulla regione del *globus pallidus* e della *substantia nigra*. Dati i rapporti e la vicinanza di queste formazioni con il talamo ottico, la cui funzione emotiva è esagerata nei postumi dell'encefalite epidemica infantile, l'Hill ha pensato che la bulbocapnina in queste condizioni dovrebbe produrre utili effetti.

Le considerazioni aprioristiche hanno trovato conferma nella pratica. In seguito alla somministrazione tre volte al giorno di grammi 0.10-0.20 di bulbocapnina a sette ragazzi e giovanetti sofferenti di detta condizione, si ebbe un marcato miglioramento dello stato mentale e della condotta. L'iperemotività, l'impulsività, l'irrequietezza diminuirono di molto ed i pazienti diventarono più attenti e volenterosi. Questi effetti però cessano sospendendo la cura. In caso di assuefazione si può aumentare gradatamente la dose. Nei soggetti che presentavano disordini motori, tremori e rigidità, questi erano aggravati dalla bulbocapnina. I disturbi stessi, pertanto, costituiscono una controindicazione.

Il vero parkinsonismo postencefalitico si giova dei vecchi medicamenti adoperati nella paralisi agitante, nel morbo di Parkinson classico, la *ioscina* e la *iosciamina*.

La *ioscina* o *scopolamina* è un alcaloide che si estrae da parecchie solanacee, l'*Hyosciamus niger*, la *Scopolia japonica* e *atropoides*, la *Duboisia myoporoides*, l'*Atropa belladonna*, la *Datura Stramonium*. La ioscina è ben differente per caratteri chimici ed azione biologica dall'atropina e dalla giusquiamina, nonchè dalla duboisina, che pare sia un miscuglio di giusquiamina, atropina e ioscina.

È fortemente tossica. Produce vertigini, cefalea, debolezza muscolare, atassia, diminuzione delle secrezioni, deliri, allucinazioni, convulsioni.

È stata adoperata in unione con la morfina ed anche con la cocaina come narcotico in chirurgia. Si adopera come calmante ed ipnotico nei gravi stati di agitazione degli alienati. Ma la sua indicazione più comune è quella delle sindromi parkinsoniane.

Essa dà un senso di sollievo e di calma talvolta una vera euforia, fa diminuire e talvolta anche scomparire i tremori, la rigidità, la scialorrea, abbassa la pressione. Il paziente può camminare ed eseguire abbastanza correttamente i movimenti rallentati dalla rigidità. La maschera del volto si rallenta, la parola diventa più spedita. Il sonno diventa più lungo e tranquillo. Nell'insieme le condizioni del malato migliorano al punto da potergli consentire di attendere alle proprie occupazioni, proporzionatamente al grado dell'infermità.

I migliori risultati si ottengono nella bradikinesia accompagnata da ipertono di posizione. Se coesistono segni di lesioni delle vie piramidali l'ioscina aumenta la contrattura.

Poichè la cura è schiettamente sintomatica i suoi effetti utili cessano sospendendo la somministrazione del medicamento.

Si somministra il *bromidrato di ioscina* per la via orale, riservando la via ipodermica ai casi gravi.

Si comincia con il dare per qualche settimana una o due volte al giorno un granulo

di bromidrato di ioscina al 1/4 di milligramma.

La dose può, occorrendo, essere successivamente aumentata fino a che non si verifichino fenomeni d'intolleranza (vertigini, cefalea, stato confusionale, eccessiva secchezza della bocca, atassia, ecc.).

La secchezza delle fauci, molesta nelle cure protratte, può essere corretta con la pilocarpina.

Nei casi di crisi di eccitazione si può associarla alla morfina, di cui deve essere sempre fatto uso prudente.

Per via ipodermica si comincia con l'iniettare un quarto o mezzo milligramma di bromidrato di ioscina e si aumenta fino a tolleranza.

La *iosciamina* è meno utilizzata perchè meno attiva sui disturbi del parkinsonismo e perchè dà fenomeni di eccitazione corticale. È anche più costosa.

La *duboisina* di composizione chimica meno costante è terapeuticamente meno sicura.

L'*atropina* non è confaciente a tutti i parkinsoniani. Ad ogni modo la sua azione non è preferibile a quella della ioscina, alla quale non sempre conviene unirla.

Laignel-Lavastine e Valence e poi Iuster hanno ottenuti buoni risultati dallo stramonio, altra solanacea contenente ioscina. Essi hanno somministrato a parecchi parkinsoniani postencefalitici la polvere di foglie di *Datura stramonium* in pillole di 10 centigrammi tre volte il primo giorno ed aumentando una pillola al giorno fino a raggiungere il numero di dieci, cioè un gramma di medicamento. Dopo aver somministrato tale dose per tre giorni sospendono la cura per sette giorni, per poi riprenderla con lo stesso ritmo.

Lo stramonio dà facilmente fenomeni d'intossicazione: disturbi dell'accomodazione con midriasi, secchezza della bocca, talvolta diarrea che però corregge utilmente la stitichezza abituale dei malati.

La cura produce un rapido miglioramento delle sofferenze subiettive e notevole riduzione dei disturbi motori: il tremore cessa quasi completamente, l'andatura si fa più spedita e talora gli infermi possono scrivere correttamente.

Tutti questi miglioramenti scompaiono subito con la sospensione della cura, e perciò questa deve essere continuata a lungo con brevi intervalli.

Guillain e Dubois riferiscono d'avere ottenuto sensibili vantaggi dall'uso della *tintura d'arnica* (gr. 0.50-gr. 3 al giorno).

Pierre Marie e Bouttier hanno adoperato il *bromidrato di cicutina* allo scopo di agire sul neurone motore periferico e particolarmente sulla placca motrice. Consigliano di adoperare soluzione al millesimo iniettando un milligramma ogni tre giorni per la durata di un mese. La cura non è scevra di pericoli. Non ha trovato consensi.

Molto recentemente nella terapia del parkinsonismo sono stati introdotti altri due alcaloidi estratti dalla *Banisteria Caapi* e dalla *Pegamum Harmala* — la *banisterina* e l'*armina* — che gli ultimi studi hanno dimostrato essere due sostanze identiche per composizione chimica e per effetti fisiologici e farmacologici.

I primi tentativi di cura del parkinsonismo postencefalitico con la *banisteria caapi* e con il suo alcaloide, la banisterina, furono fatti da Lewin, ma gli effetti della pianta e del suo principio attivo erano già noti.

La *banisteria caapi* è una malpichiacea che vegeta in una regione ancora poco esplorata sul versante orientale delle ande equatoriali, che si estende sui territori dell'Equatore, della Columbia, del Venezuela, della Guiana inglese, del Brasile e del Perù.

Gli indiani del luogo usano masticarne la corteccia ridotta in polvere o berne l'infuso, che è di colore verdastro e di sapore amaro e sgradevole. Si tratta di una vera tossicomania ed in effetti la bevanda più che soddisfare il gusto produce uno stato di ebbrezza.

Gli indiani la chiamano il *vino dell'uomo morto*. Dopo qualche minuto dall'ingestione il soggetto diventa d'un pallore cadaverico, è preso da un tremore intenso e vomita. Poco dopo è invaso da un'agitazione furiosa, balla, cerca colpire nemici immaginari o è affascinato da visioni allucinatorie, talvolta ha convulsioni o contrazioni toniche. Dopo una diecina di minuti segue uno stato di esaurimento, una sonnolenza allietata da visioni caleidoscopiche, uno stato di euforia legato al fascino delle allucinazioni, al senso di caldo interno e sopratutto ad una particolare sensazione di facilità e rapidità dei movimenti.

Il ricordo piacevole di questa euforia induce a ripetere l'ebbrezza, a superare il disgusto della bevanda.

Oltre agli effetti su indicati, alla bevanda stessa fu attribuita la capacità di una seconda vista, la capacità di conoscere l'invisibile, di indovinare il futuro. Fu perciò che Zerda Bayon dette il nome di *telepatina* all'alcaloide estratto dalla pianta, il quale fu poi chiamato da Villalba *Yageina* ed infine da Lewin con designazione più propria *banisterina*.

La *banisterina* è una polvere bianca, che cristallizza a 253°-256°. La sua formula bruta è $C_{13} H_{12} N_2O$. È fortemente tossica per gli animali. L'iniezione intramuscolare di 20 centigrammi fatta da Lewin per errore produsse un grave avvelenamento che durò circa quattro ore: malessere, pallore, nausea, vomiti, tendenza alle sincopi, astenia, tremori, cefalea, ronzii, nistagmo, bradicardia, crisi di sudore, atassia, dispnea, allucinazioni.

Viceversa l'iniezione di 2-7 centigrammi produce uno stato di euforia con sensazione di libertà e leggerezza dei movimenti.

Il primo tentativo terapeutico fu fatto in un emiplegico, nel quale produsse un senso di

sollievo e miglioramento nei movimenti delle dita.

Successivamente lo stesso Lewin insieme a Beringer e Schuster l'adoperarono contro le sindromi parkinsoniane.

Dopo qualche minuto di malessere (vertigini, nausee, formicolii, senso di calore o di freddo interno, pallore o cianosi) si ha una azione favorevole. Il malato prova un senso di benessere, ha i movimenti più facili, più rapidi, più regolari. La masticazione, la deglutizione diventano più facili, la mimica più espressiva, la parola più spedita, meno monotona, più intelligibile, la scrittura più leggibile, mentre il flusso salivare si arresta.

Su diciotto casi (otto sindromi parkinsoniane postencefalitiche, sette morbi di Parkinson, una rigidità pallidale, un'intossicazione ossicarbonica) nei quali Schuster fece trenta iniezioni di banisterina, gli effetti favorevoli si verificarono nettamente in dodici. L'osservazione più notevole fu quella di un malato il quale, benchè confinato da tempo a letto perchè gli arti inferiori erano incapaci di qualsiasi movimento, potette dopo la cura giuocare a boxe.

Gli effetti benefici, che si avrebbero anche nei casi ribelli alla ioscina, durano da due a sei ore, poi si riducono gradatamente, ma si ripetono in seguito a nuova iniezione.

Il solo disturbo che non è influenzato affatto è il tremore.

Si adopera la soluzione acquosa al 2 % di cloridrato di banisterina. Si iniettano sottocutaneamente dosi variabili da 2 a 6 centigrammi, mai di più. Le iniezioni di piccole dosi ripetute sono inefficaci, come la somministrazione orale. Le iniezioni endovenose o intramuscolari sono pericolose.

Le esperienze terapeutiche sulla banisterina non si son potute fare su larga scala a causa delle difficoltà di approvvigionamento. Le regioni dove prospera la *Banisteria Caapi* non sono molto estese nè facilmente accessibili. D'altra parte occorrono oltre 50 kilogrammi di legno della pianta per estrarre 20 grammi di alcaloide. È perciò che la casa Merck ha cercato di procurare in altro modo il medicamento. Gli studi fatti hanno messo in evidenza che l'alcaloide di un'altra pianta, l'harmala, ha proprietà identiche a quelle della banisterina.

La *Pegamum Harmala* è una rutacea che vegeta abbondantemente nell'Africa del Nord e nell'Africa Occidentale. Da questa pianta si estraggono due alcaloidi: l'*armina* e l'*armalina*, due sostanze molto affini.

L'*armina* ha la medesima formula, i medesimi caratteri fisici e chimici della banisterina. Malgrado l'opposizione di Lewin, che insiste nel ritenerle due sostanze diverse, l'identità dei due alcaloidi si va sempre più confermando.

L'azione farmacologica dell'armina fu studiata nel 1895 dal Tappeiner. Ulteriori studi furono fatti dal Gunn nel 1910 e successivamente nel 1929.

Quest'ultimo autore venne alla conclusione che l'azione dell'armina e dell'armalina sull'organismo rassomiglia a quella della chinina, e che gli effetti sul sistema nervoso centrale sono identici a quelli che Lewin descrisse come prodotti dalla banisterina.

Stern fu il primo nel 1928 ad adoperare l'armina nel parkinsonismo con qualche vantaggio.

Fischer nel marzo 1929 riferì i risultati ottenuti in tre parkinsoniani ai quali aveva iniettato a giorni alterni un cmc. di soluzione acquosa di cloridrato di armina al 2 %. Migliorarono la rigidità, i movimenti volontari e automatici.

Rustige trattò 18 pazienti con 27 iniezioni in tutto con dosi di gr. 0.005-0.05. In 11 casi si ebbero, 7-8 minuti dopo l'iniezione, disturbi più o meno accentuati (vertigini, ronzii, nausee, vomiti, tendenze sincopali) che scomparivano in capo a 15-60 minuti. Si riscontrò diminuzione della rigidità in 6 pazienti, e scomparsa del tutto in tre di essi. Ma dopo sei ore le cose ritornarono come prima. Il tremore diminuì di poco in 4 malati, piuttosto si accentuò in 9. Gli effetti più notevoli si ebbero sui movimenti volontari, che guadagnano in rapidità, ampiezza, forza e precisione. Tutti questi miglioramenti non durano che qualche ora, solo l'euforia dura un po' di più e quando tutti gli altri effetti sono già scomparsi.

In conseguenza di tali risultati Rustige non crede che l'armina possa praticamente essere utilizzata in terapia.

Più incoraggianti sarebbero i vantaggi riferiti da Pineas che ha tentato la terapia arminica in 13 casi di parkinsonismo postencefalitico, in 5 di morbo di Parkinson, in 2 di rigidità pallidale da ateroma cerebrale, in 1 di rigidità pallidale ossicarbonica.

Ma i più recenti tentativi di Hill e Worster-Drought inducono di nuovo al pessimismo. Questi autori dopo aver dimostrato la identità della banisterina e dell'armina, riferiscono che i risultati delle loro esperienze fanno concludere che l'armina somministrata ipodermicamente alla dose di g. 0.04 non produce alcun apprezzabile miglioramento dei disturbi obiettivi e subiettivi e che somministrata a dosi più generose produce sintomi tossici (vertigini, cefalea, nausea e vomito) senza influenzare gran che i disordini motori. Solo in un caso di tachipnea postencefalitica, senza sintomi parkinsoniani, si notò un miglioramento.

L'armina avrebbe l'inconveniente sicuro di produrre immediatamente dopo la somministrazione disturbi più o meno molesti, e avrebbe d'altra parte la dubbia utilità di migliorare alcuni dei disturbi motori parkinsoniani, non

i tremori. Il fenomeno più interessante è l'euforia. In ogni caso, i benefici prodotti dall'armina sono transitori, e non si sa ancora quali possono essere gli effetti dell'uso prolungato.

Allo stato dei fatti si deve concludere che i recenti tentativi di terapia del parkinsonismo non hanno dato ancora risultati ben definiti o per lo meno concordi in modo che possano senz'altro essere accettati dalla pratica.

Senza aver la specificità asserita da Babinski, è certo che l'ioscina rimane ancora il miglior medicamento del parkinsonismo. Essa somministrata con criterio ed integrata da cure adiuvanti generali (cacodilato, bagni caldi, esercizi fisici moderati) è la droga più adatta a rendere più tollerabile la vita agli infelici pazienti.

I nuovi medicamenti tentati, armina compresa, sono ancora nella fase di studio, e devono essere ancora suffragati da una larga esperienza prima di potere acquistare titolo a soppiantare l'ioscina. G. DRAGOTTI.

BIBLIOGRAFIA.

CRAIG. Lancet, 22 ottobre 1927.
GUNN. Ibid., 13 aprile 1929.
HENNER. Journ. Neurol. and Psycopathol., 1928.
HILL. Lancet, 11 maggio 1929.
HILL e WORSTER-DROUGHT. Ibid., 28 sett. 1929.
JUSTER. Presse médicale, 1927, p. 329.
LAIGNEL-LAVASTINE e VALENCE. Bulletin et Mémoires Soc. Méd. Hôpitaux, 1926, n. 20.
LEWIN. Compt. Rend. Acad. Scienc., 13 febbr. 1928.
LEWIN e SCHUSTER. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 31 maggio 1929.
MOUZON. Presse médicale, 21 agosto 1929
PATRY. Journ. Nerv. Ment. Dis., giugno 1929.
PIERRE MARIE e BOUTTIER. Presse méd., 1921, n. 17.
RUSTIGE. Deutsche Mediz. Woch., 12 aprile 1929.
SCHUSTER. Medizinische Klinik, 5 aprile 1929.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI BADIA POLESINE
(Sezione medica).

Ricerche sulla reazione intracutanea di Mc. Clure ed Aldrich

per il dott. U. TOFFANIN, primario.

Nell'anno 1923 due autori americani, e precisamente il Mc. Clure e l'Aldrich, hanno descritto una reazione assai semplice, atta a dimostrare la presenza di edemi latenti. La tecnica suggerita dagli AA. è la seguente: si inietta intracute con una siringa esattamente graduata e con un ago sottile cmc. 0,20 di soluzione fisiologica. Praticata l'iniezione, nell'individuo sano si formerebbe in sito un pomfo della durata di 50-60 minuti; mentre negli affetti da edemi (per cause varie), il pomfo provocato avrebbe una durata minima, scomparendo talvolta già dopo pochi minuti.

Contemporaneamente alle ricerche degli americani, il Guggenheimer, utilizzando una soluzione di sali (Ca., P., Na., K.), chiamato Normosal, otteneva risultati supergiù identici.

Poco dopo s'iniziarono gli studi di controllo (Milton, B. Cohen, Baker, Walter, G. Stern, Olmstead, Merklen, Hornung, ecc.) nelle più svariate malattie, e quale conclusione generale si riconosceva l'utilità del metodo per dimostrare l'aumentata affinità dei tessuti per l'acqua negli stati pre- ed edematosi (l'aumentata idrofilia).

Le prime ricerche di Mc. Clure e dell'Aldrich furono praticate su bambini, e solo dopo furono intrapresi esperimenti sull'adulto sano ed ammalato.

Con questa reazione si è potuto osservare come nelle infezioni e nelle intossicazioni in genere, il tempo di durata del pomfo sia oltremodo breve (Mc. Clure).

Si sono così osservati dei casi di difterite grave e di scarlattina in cui la reazione di Mc. Clure già dopo 30 minuti non era più rilevabile (Lovett, Baker).

Oltre che nelle malattie infettive la reazione fu studiata specialmente negli stati discrasici accompagnati più o meno da edemi, nelle malattie renali in genere (Guggenheimer, Mc. Clure, Aldrich) nelle cardiopatie compensate e scompensate, nelle affezioni del fegato.

Anche in tutte queste malattie il metodo si è dimostrato utile, infatti con esso si potè controllare esattamente lo stato del ricambio idrico dell'organismo, e dimostrare con la

scomparsa precoce del pomfo l'aumentata idrofilia dei tessuti.

L'importanza dell'argomento, la semplicità del metodo e sopratutto la scarsità delle pubblicazioni in proposito, mi spinsero a ricercare il comportamento della reazione proposta da Mc. Clure ed Aldrich in 83 ammalati affetti dalle più svariate malattie e ricoverati nell'Ospedale di Badia Polesine.

La tecnica da me seguita nelle ricerche corrisponde fondamentalmente a quella suggerita dagli autori americani. Ho cercato sempre di praticare la reazione durante il riposo dei pazienti, usando una soluzione fisiologica leggermente tiepida nella quantità di cmc. 0,20 per volta e praticando l'iniezione intracutanea nella parte flessoria dell'avambraccio (1). Ho voluto in qualche caso usare per l'iniezione quantità di soluzioni maggiori (0,30-0,40 cmc.); i risultati però furono affatto insoddisfacenti, data la durata (parecchie ore) del pomfo; non mi permisero esatta lettura e mi hanno pertanto spinto a desistere.

Così pure non mi sono valso del liquido di Straub poichè i sali KCl, e $CaCl_2$ in esso contenuti danno luogo a forte iperemia locale così chè il pomfo anche dopo varie ore (persino dopo 4-5 ore) è ancor visibile. Pure, malgrado gli ottimi risultati ottenuti da Guggenheimer e Hirsch con la soluzione di Normosal, ho creduto opportuno di scartare il metodo, poichè nella cute edematosa la scomparsa del pomfo fu oltremodo rapida.

Alcuni autori hanno pensato di aggiungere sia alla soluzione di Normosal, che a quello di cloruro sodico, delle sostanze coloranti per es. fenolsulfoftaleina al 0,25 %, ciò per rendere la reazione più manifesta.

Io però credo che l'uso delle sostanze colorate non sia consigliabile dato che esse si diffondono con estrema rapidità nei tessuti, rendendo il più delle volte poco chiaro il luogo dell'inoculazione.

In ogni mio ammalato ho già eseguito due reazioni contemporanee per valutare il tempo medio dato dai risultati.

Consideravo come *fisiologica* quella reazione che scompariva dopo 50-60 minuti; ritardata, quella che scompariva dopo, e come patologica ogni reazione scomparsa prima di 40 minuti.

---

(1) Secondo alcuni autori (MANDELS, FRAENKEL) il posto migliore per eseguire la reazione sarebbe la metà destra dell'addome vicino all'ombelico.

Ho riunito i risultati ottenuti nella seguente tabella:

MALATTIE INFETTIVE.

N. d'ordine	Nome	Età	Diagnosi	Durata della reazione di Mc. Clure ed Aldrich
		anni		min.
1	C. Adelaide	35	Ileo-tifo	46
2	P. Giulio	18	Id.	52
3	C. Mario	17	Id.	58
4	M. Gino	17	Id.	56
5	C. Serafino	16	Id.	50
6	R. Pietro	24	Id.	42
7	V. Leferino	57	Id.	42
8	G. Maria	63	Paratifo B	50
9	D. Pulcra	18	Coli bacillosi	50
10	R. Nereo	5	Dissenteria bacillare	52
11	M. Valente	2	Tubercolosi miliare acuta	49
12	V. Carolina	58	Tuberc. polmonare aperta	52
13	G. Anna	29	Id.	52
14	F. Carolina	28	Id.	60
15	B. Mario	24	Id.	64
16	B. Amabile	35	Id.	58
17	Z. Pietro	25	Id.	56
18	B. Arturo	25	Id.	52
19	D. Battista	21	Id.	57
20	P. Amedeo	33	Id.	47
21	B. Augusto	36	Id.	38
22	D. Mario	4	Tuberc. polmonare chiusa	62
23	C. Duilio	22	Id.	53
24	B. Lindo	19	Id.	53
25	P. Vittoria	19	Id.	50
26	P. Rina	10	Meningite tubercolare	48
27	G. Santo	46	Malaria	66
28	M. Mafalda	22	Id.	41
29	Z. Giovanni	22	Reumatismo art. acuto	30
30	B. Maria	34	Reumatismo art. subacuto	37

MALATTIE DEL RICAMBIO.

N. d'ordine	Nome	Età	Diagnosi	Durata
31	M. Adriana	49	Uricemia	62
32	M. Marcella	50	Ricorrenti nevralgie e mialgie	70

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE.

N. d'ordine	Nome	Età	Diagnosi	Durata
33	C. Giulia	65	Gastrite cronica	66
34	P. Olga	22	Gastrite acuta	61
35	P. Lancietta	55	Ipercloridria	52
36	M. Domenico	68	—	—
37	G. Gillio	35	Ipercloridria	50
38	L. Loretta	3	Gastrite acuta	37
39	B. Maria	27	Neurosi celiaca e ptosi gastrica	40
40	M. Mario	2	Enterite acuta	34
41	V. Pierina	63	Colecistite calcolosa	62
42	T. Luigi	50	Cancro del fegato	56

MALATTIE VARIE.

N. d'ordine	Nome	Età	Diagnosi	Durata della reazione di Mc. Clure ed Aldrich
		anni		min.
43	C. Giuseppe	40	Epatomegalia post-malarica	50
44	P. Francesco	80	Marasma senile	82
	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO.			
45	R. Armando	4	Bronchite acuta	39
46	F. Bruno	12	Id.	42
47	S. Regina	35	Id.	56
48	Z. Antonio	68	Bronchite cronica	68
49	F. Gildo	8	Bronchite acuta	41
50	F. Pietro	32	Asma bronchiale	53
51	C. Maria	75	Enfisema polmonare	78
52	Z. Vito	61	Id.	51
53	C. Antonio	66	Broncopneumonite influenzale	60
54	G. Giuseppe	20	Id.	48
55	T. Fortunato	2	Broncopneumonite migratoria	31
56	T. Arsenide	23	Pleurite essudativa	38
57	M. Luigi	45	Id.	33
58	S. Anselmo	29	Pleurite secca	52
59	R. Angela	24	Polisierosite	40
60	B. Divo	15	Id.	47
61	M. Adele	10	Id.	41
62	R. Maria	30	Id.	33
63	Z. Ida	27	Id.	38
	MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO.			
64	P. Giovanni	12	Pericardite essudativa tbc.	49
65	R. Giuseppe	35	Miocardite con scompenso	31
66	P. Emilia	79	Id.	34
67	S. Virginia	77	Miocardite acuta	40
68	G. Noemi	26	Insuff. e stenosi mitralica	40
69	B. Rita	19	Stenosi mitralica	46
	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO			
70	C. Vasco	17	Meningoencefalite da influenza	50
71	M. Maria	52	Sclerosi laterale amiotrof.	52
72	R. Maria	44	Trombosi della silviana da arteriosclerosi	50
73	A. Genoveffa	8	Corea di Sydenham	43
74	T. Antonio	12	Id.	40
	MALATTIE DEI RENI			
75	C. Rosa	65	Nefrosclerosi	32
76	Z. Maria	22	Nefrite cron. con edema	34
77	T. Ida	32	Azotemia	47
78	P. Caterina	65	Nefrite glomerulare cron. con edema	37

MALATTIE DEL SISTEMA EMOPOIETICO

N. d'ordine	Nome	Età	Diagnosi	Durata della reazione di Mc. Clure ed Aldrich
79	R. Ada	16	Anemia a tipo clorotico	39
80	R. Carolina	19	Id.	46
81	B. Ida	27	Anemia perniciosa	50
82	M. Giovanni	44	Mielosi cronica	52
83	C. Rina	2	Anemia splenom. infantile	26

Dall'esame dei risultati ottenuti, sottoponendo 83 ammalati alla reazione di Mc. Clure ed Aldrich, si posson trarre le seguenti conclusioni:

1) la quasi maggioranza delle malattie infettive degli adulti (poichè quelle dell'età infantile, non ho avuto occasione di osservare nel mio reparto) presentano un tempo di reazione presso a poco normale. Solo in un caso (n. 21) di tubercolosi polmonare aperta ed in due casi di poliartrite reumatica ho notato reazione di breve durata (38 minuti);

2) nelle malattie dell'apparato digerente, ad eccezione sempre di quelle dell'età infantile che danno reazione di breve durata (v. caso n. 40), i valori furono normali;

3) nel marasma senile trovai una reazione oltremodo prolungata (82 minuti);

4) nelle pleuriti essudative e polisierositi spesse volte riscontrai un'idrofilia accentuata dei tessuti (v. casi n. 55, 56, 57, 58, 62, 63);

5) nei vizii cardiaci scompensati (miocarditi subacute e croniche) la reazione fu il più delle volte di breve durata (v. casi n. 65, 66);

6) in casi di lesioni renali con edema la reazione di Mc. Clure fu di breve durata (v. casi n. 75, 76) mentre nell'azotemia non fu affatto apprezzabile l'idrofilia dei tessuti.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato il comportamento della reazione di Mc. Clure in diverse malattie in linea di massima; egli ha riscontrato: tempo di reazione pressapoco normale nelle malattie infettive ed in quelle dell'apparato digerente; reazione prolungata nel marasma senile e nelle sierositi; reazione di breve durata nelle lesioni renali con edemi e nelle miocarditi subacute.

BIBLIOGRAFIA.

MC CLURE ed ALDRICH. Journ. of the American med. Assoc., 81, 82.
BAKER. Ibid., 83.

Guggenheimer. Zeitschrift f. Klin. Med., 86.
Guggenheimer et Hirsch. Kl. W., 1926, I volume.
Frenkiel e Mandels. Zeitschrift f. Kindh., vol. 47.
Cohen J. Americ. Med. Assoc., 84.
Hardison. Ibid., 84.
Lowett. Americ. J. Med. Science, 1927.
Merklen. Bull. Soc. Méd. Hôp., Paris, 42, 1926.
Olmstead. J. Amer. Med. Assoc., 86, 1926.
Ricaldoni. Bull. Soc. Méd. Hôp., n. 8, 1928.
Stern. J. Amer. Med. Assoc., 87, 1926.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. Ospedale di Modigliana (Forlì)

Contributo allo studio e alla casistica dei gozzi linguali.

Dott. Riccardo Carnelli, chirurgo primario.

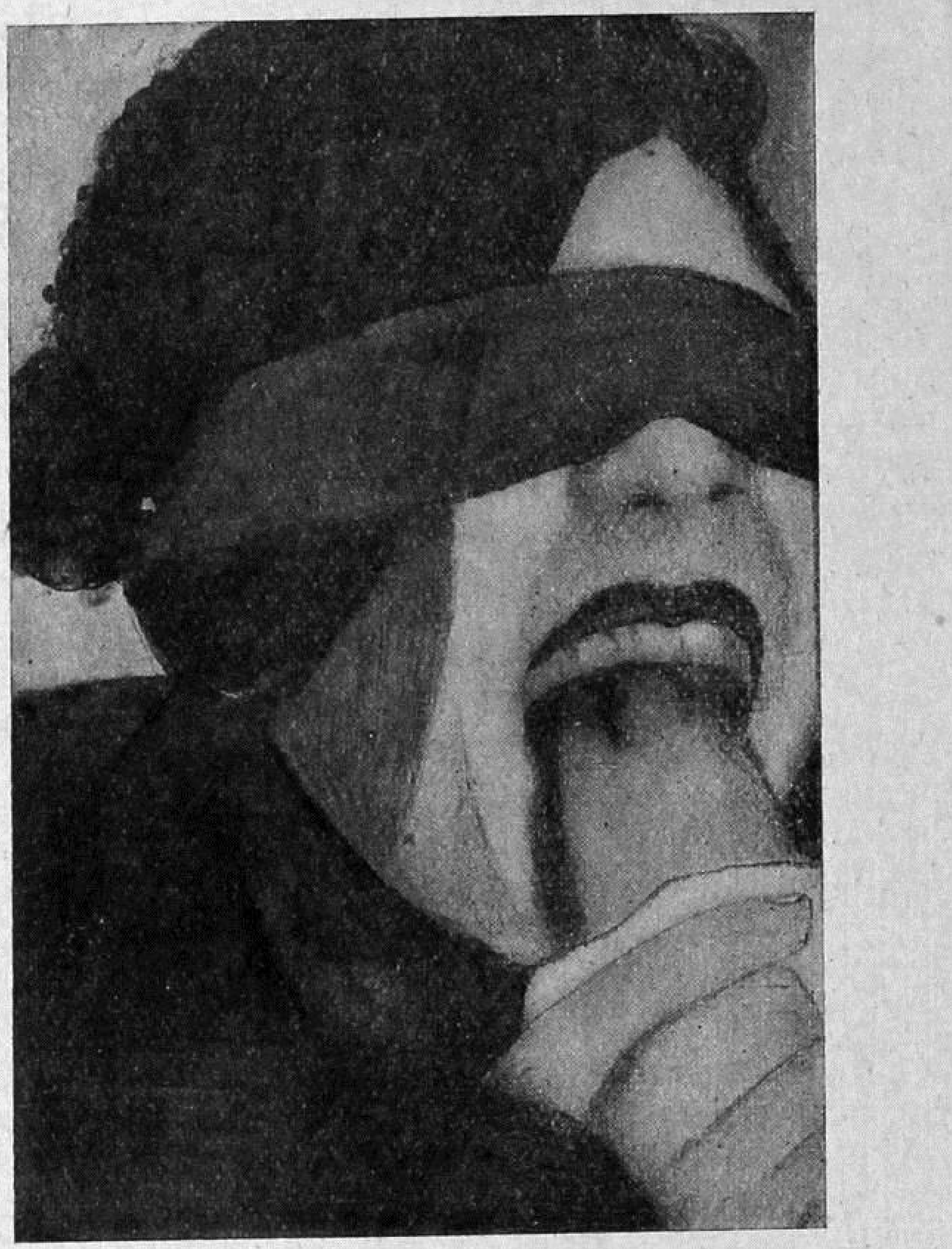
I gozzi della base della lingua sono abbastanza rari, se si tien conto di quelli che, in tutta la letteratura di 60 anni, ho potuto raccogliere. In tutti 80 casi. Di questi soltanto 5 o 6 appartengono alla letteratura italiana. Sono questi i casi del Lenzi, del Livi, dell'Austoni, dell'Anglesio, del D'Aiutolo e del Torrigiani.

Mi è sembrato quindi assai importante studiare questo argomento a proposito d'un caso occorsomi nell'Ospedale di Modigliana da me diretto.

Nei testi classici vi si accenna appena o si trascura affatto. Bergmann, per esempio, nel suo trattato classico di Chirurgia Pratica a pag. 789, volume I, ne dà appena un cenno. Il Tillmann nel suo trattato di Patologia Generale e Speciale Chirurgica ne dà un cenno ancora più sommario. Il Forgue nel trattato di Patologia Chirurgica (vol. II, 3ª edizione, pag. 227) v'accenna brevemente. Qualche notizia si trova nel Nuovo Trattato di Chirurgia di Le Dentu e Delbet, 3ª edizione, tomo XXIV, là dove parla delle affezioni chirurgiche del corpo tiroide, per cui ho cercato di raccogliere il massimo numero di lavori originali e contributi pubblicati, in modo da poter ricostruire, in una modesta sintesi, le varie considerazioni circa la storia, l'etiologia, la patogenesi, la sintomatologia, la diagnosi, la prognosi e la cura di questa affezione.

Sono quasi certo che, per quanto attenta sia stata la ricerca bibliografica qualche caso potrà essermi sfuggito, ma ad ogni modo, il numero dei casi raccolti, fa pensare subito che se questa specie di gozzo è ritenuta dagli autori come una rarità, questa pretesa si debba ricercare più nel fatto d'incuria di pubblicazione da parte degli osservatori o a confusione diagnostica con altri tumori della lingua anzichè alla vera frequenza.

Il caso da me osservato riguarda una ragazza di 18 anni figlia di coloni possidenti; nata e vissuta fin'ora nella stessa località, esente da epidemia di gozzo



Assunta M...., d'anni 18 da Modigliana.

Nacque da parto fisiologico. Non sofferse delle comuni malattie dell'infanzia. Ha 4 sorelle ed 1 fratello, tutti piccoli di statura, ma scheletricamente ben conformati. Essa però è, somaticamente, la più delicata e minuta. Nella sua parentela, da parte della madre, che presenta lieve ipertrofia tiroidea, si verificarono degli psicopatici. La ragazza mestruò a 17 anni ed a quell'epoca risale la comparsa del tumore linguale che attirò la sua attenzione e quella dei genitori.

Esame obiettivo generale. — La ragazza è alta metri 1,30. D'aspetto infantile. Il colorito della cute è roseo però questa è sottile di tipo linfatico. Presenta capelli folti e neri però le regioni ascellari e pubica sono sprovviste di peli. Di carattere timido e mite facilmente subisce l'impressione altrui ed arrossisce per nulla.

L'esame clinico sistematico del torace e quello radiologico non mettono in evidenza lesioni specifiche in atto o pregresse, dell'apparato respiratorio. Il cuore è nei limiti normali e coll'ascoltazione non si rilevano sintomi di alterazioni patologiche funzionali. Le mammelle sono appena sviluppate.

Al collo non presenta ghiandole ingrossate, e non si verifica quella rotondità naturale, facile a riscontrarsi nella donna, perchè la palpazione, assai accurata, esclude la presenza della tiroide.

L'esame clinico sistematico dell'addome non

presenta dolenzia sulle regioni dello stomaco, della vescichetta biliare, dell'appendice.

Stomaco, fegato e milza sono pertanto nei limiti normali.

Nessuna traccia di ascite, di tumori, di ernie è messa in evidenza.

L'esame del sistema nervoso non mette in evidenza sintomi a carico delle funzioni del sistema nervoso periferico, se si eccettua un'alterazione della favella che appare nasale. Non esistono però traccie di alterazione della sensibilità, della motilità e della coordinazione dei movimenti.

La psiche è poco sviluppata ed è quella di un fanciullo per quanto non possa ritenersi deficiente.

Le pupille sono regolari ed eguali, e reagiscono perfettamente all'accomodazione e agli stimoli luminosi.

Nessuna traccia esiste di strabismo, di miopia o di esoftalmo.

L'udito è perfetto e negli orecchi non esiste traccia di otorrea.

I riflessi patellari sono integri.

La funzione mestruale da che si è iniziata si è sempre mantenuta regolare per intercorrenza e per quantità. Soltanto, ella afferma, che durante questa funzione si è accorta che il tumore sulla lingua si accresce di volume, è leggermente dolente e si arrossa, per poi tornare allo stato primitivo, non appena che le mestruazioni sono cessate. Non ha mai dato emorragie.

Esame obiettivo locale. — Facendo stirare ben fuori dalla cavità orale, la lingua, in corrispondenza del dorso, presso il *foramen coecum* si nota un tumore della grossezza di un'oliva con superficie liscia, ricoperta di mucosa linguale integra, con colorito rosso-venoso per presenza di numerosi vasellini venosi che trapariscono al disotto della mucosa stessa. Il tumore fa, in parte, corpo colla lingua ma sovravanza per buona metà sul dorso di essa. Esso occlude in parte la cavità del faringe ma non contrae nessun rapporto con l'epiglottide. È indolente, ha consistenza duro elastica, non presenta peduncoli, nè segni di fluttuazione.

Le tonsille sono lievemente ipertrofiche.

Colla comparsa del tumore, i genitori della ragazza, assicurano che la voce si è andata alterando ed è divenuta nasale come pure, talvolta, la parola è un po' inceppata. La deglutizione si compie abbastanza facilmente per i cibi liquidi ma trova un po' di difficoltà per quelli solidi cosicchè la ragazza, asserisce, di dover fare bocconi abbastanza piccoli e d'esser costretta a mettere maggior tempo d'una volta a consumare i suoi pasti.

Durante il sonno, asseriscono i genitori, essa russa fortemente ciò che non faceva prima.

L'esame delle urine non ha messo in evidenza traccie di sostanze abnormi. L'esame del sangue è resultato normale.

La reazione di Wassermann è negativa.

Si fa diagnosi di struma linguale e si consiglia pertanto l'operazione che viene però rifiutata.

Storia. — La storia di questa affezione, secondo Bergmann rimonterebbe al 1882. Costui infatti dice: « il primo caso di questo genere fu pubblicato da R. Wolff nel 1882 ». Dalle mie ricerche bibliografiche io avrei invece potuto stabilire che la prima notizia di tali affezioni trovasi nel 1869 quando Hickmann (citato da Austoni) pubblicò « un caso di tumore congenito della base della lingua in una neonata morta per asfissia » perchè il tumore offriva ostacolo alla suzione ed alla respirazione. La natura di questo tumore, accertato istologicamente, era tiroidea. Dopo di lui, Lucke nel 1879, Parker nel 1881, ne pubblicarono ciascuno un caso, finchè si giunge al 1882 in cui Wolff, pubblicò il suo « Caso di ghiandola tiroide accessoria ».

Da quell'epoca fino al 1905 le osservazioni e gli studi si moltiplicarono ed è merito del Lenzi d'aver raccolti, cronologicamente, in un suo magistrale lavoro pubblicato sullo « Sperimentale » nel 1905, quasi tutti i casi comparsi nella letteratura fino allora e che sommano a 35.

Dopo di lui il Livi, nel 1910, pubblicando un'osservazione fatta nell'Ospedale Maggiore di Bologna, aggiunse alla statistica accennandoli nella bibliografia, in fine al lavoro, i casi di Mellroith, di Hansemann e di Wakabaski.

Nello stesso anno l'Austoni, nella rivista « La Clinica Chirurgica » rendendo pubblico un caso da lui operato nella Clinica di Padova continuando nella raccolta delle diverse osservazioni precedenti, accresceva la statistica fino al numero di 54 casi.

Dal 1910 fino a venire all'opera in cui scrivo questo lavoro (1929) io ne avrei raccolti altri 26 casi, di cui due dovuti agli italiani Anglesio e Torrigiani, e gli altri dovuti ad autori stranieri, come resulta dalla bibliografia, cronologicamente esposta in fine di questo lavoro.

Patogenesi. — I tumori linguali di natura tiroidea rappresentano casi di patologia embrionale della tiroide. Per interpetrare dunque esattamente la loro patogenesi bisogna ricordare l'origine della ghiandola tiroide mediana e delle ghiandole accessorie. Quella nasce a spese di un abbozzo impari e mediano che consiste in una piccola fossetta epiteliale della parete anteriore del faringe situato sulla linea mediana, in corrispondenza del secondo arco branchiale. Tale fossetta si distacca, in seguito, dall'epitelio che le ha dato origine e si trasforma in una vescicola epiteliale a pareti spesse, peduncolata, il lume della quale scompare in seguito. L'ammasso cellulare pieno ben presto si trasforma in una rete di cordoni pieni anastomizzati che danno luogo, per gemmazione a cordoni secondari, quindi l'intiera rete è sepimentata da tramezzi connettivo va-

scolari in lobuli pieni, nei quali ben presto comincia a comparire la secrezione tiroidea (al 6° mese di vita intrauterina); alla nascita, la struttura è quasi identica a quella dell'adulto.

L'abbozzo tiroideo, rimane, durante un lasso di tempo in comunicazione colla superficie della lingua mediante un canale, il *canale tireo-glosso* di His, che in seguito scompare salvo in corrispondenza del suo sbocco, ove persiste sotto forma di *foro ceco* (*foramen coecum*).

Però non sempre le cose decorrono in questo modo con cui le abbiamo esposte. Diverse anormalità possono accadere durante questo lavorìo embriologico.

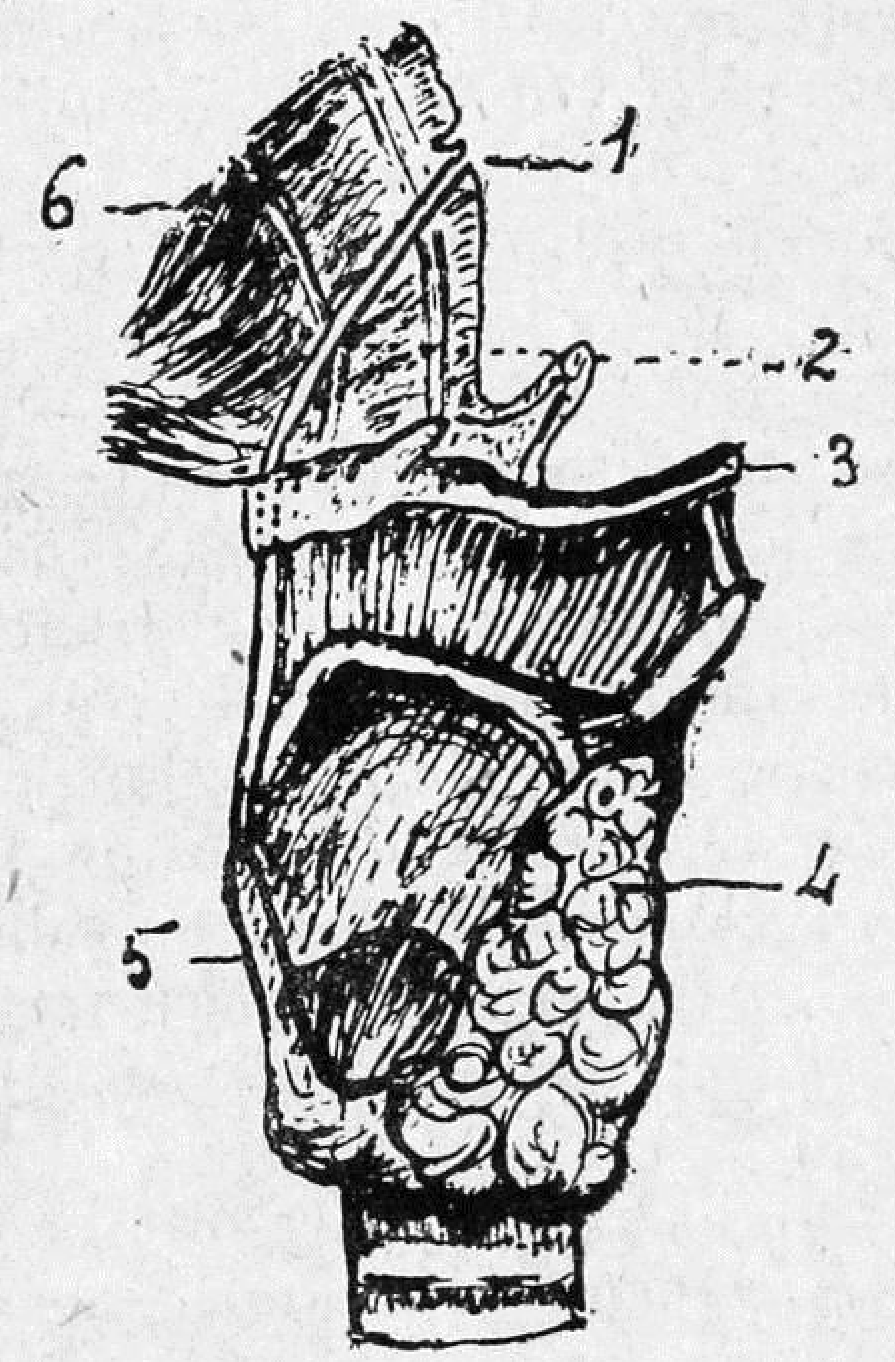


FIG. 2. — 1. *foramen coecum;* 2. tratto tireoglosso; 3. osso ioide; 4. glandula tiroide; 5. piramide di Morgagni; 6. lingua. (Dal TESTUT, Anat. tōpografica).

1) Il canale tireo-glosso può rimanere pervio soltanto totalmente e persistere così per tutta la vita extrauterina.

2) Lo stesso canale può rimanere pervio soltanto alle sue due estremità cioè in corrispondenza del *foramen coecum* e della piramide di Morgagni ed allora il tratto superiore all'osso ioide prende il nome di *dotto linguale* o di *Bockdalek* e quello inferiore di *dotto tiroideo.*

3) Il canale tireo-glosso può rimanere frammentato a tratti del suo decorso in parti cave o piene donde l'origine di cisti o di fistole cervicali.

4) L'abbozzo mediano della tiroide può non compiere sempre la sua normale discesa nel collo ma arrestarsi in toto od in parte al suo punto d'origine (*foramen coecum*) o vicino a questo.

5) Durante la discesa dell'abbozzo mediano possono staccarsi germi epiteliali dotati delle stesse proprietà embriologiche che costituiscono le cosidette *tiroidi accessorie* o *aberranti.*

Da queste anomalie embriologiche prendono origine diverse formazioni patologiche di cui non è qui il caso di parlare.

Al nostro scopo c'interessano soltanto quelle che riguardano l'abbozzo mediano e le tiroidi accessorie.

Quando l'abbozzo mediano non compie la sua discesa ma si arresta nel suo punto d'origine può rimanere silenzioso presso il *foramen coecum* come un piccolo nodo formato da elementi epiteliali pavimentosi disposti in modo da formare vescicole e zaffi pieni e senza fare alcun rilievo sul dorso della lingua.

Quando invece, pure essendosi arrestato al suo punto di origine ad un certo momento della vita, comincia a svilupparsi, dà luogo ad uno struma che rappresenta la ghiandola tiroide in toto. E Gaudier infatti ha sostenuto, per primo, che alcune delle strume che si riscontrano alla base della lingua, hanno questa origine.

Nell'altra eventualità che l'abbozzo tiroideo mediano non si arresti tutto nel punto di origine ma che soltanto una parte di esso rimanga presso il *foramen coecum* ed un'altra parte discenda nel collo a formare un lobo della tiroide si possono avere due strume *una linguale* ed *una tiroidea* oppure soltanto la prima e l'altra parte può costituire una tiroide aberrante.

In quanto alle ghiandole tiroidi accessorie o aberranti, constatato il fatto, dice Testut, che esse non sono altro che formazioni soprannumerarie o aberranti sviluppatesi a spese dell'abbozzo tiroideo mediano o del suo peduncolo e che hanno perciò anche la stessa struttura della ghiandola tiroide, si capisce come esse si rinvengono lungo tutto il tratto percorso dall'abbozzo tiroideo mediano, per scendere al collo e come possano andare incontro alle stesse iperplasie e degenerazioni della tiroide. In alcuni casi esse possono rappresentare la tiroide mancante e supplire all'eventuale insufficienza tiroidea.

Anatomicamente le ghiandole tiroidee accessorie sono state classificate in tre gruppi a secondo delle loro posizioni *prejoidee, soprajoidee, ed infraioidee.* Quelle più studiate sono le sopraioidee, fra le quali la più nota è la ghiandola di Zucherkandl, ma quelle che, nel nostro caso, ci interessano maggiormente sono quelle che hanno sede alla base della lingua

e sono le più frequenti e le più importanti dal lato pratico, inquantochè è proprio in esse che si origina il gozzo linguale.

Tuttavia, nella letteratura, si citano gozzi linguali anche nel corpo della lingua e Goris ne descrive un caso della punta.

Da quanto abbiamo detto il gozzo linguale, come afferma l'Austoni, può avere un triplice significato. O essere la iperplasia di una ghiandola tiroide totale ectopica; o essere la iperplasia di una parte della tiroide arrestatasi nel punto d'origine o essere semplicemente la iperplasia d'una ghiandola tiroide aberrante.

Si capisce come tutti gli autori facciano notare la importanza di queste considerazioni dal punto di vista terapeutico, inquantochè nel primo caso di ghiandola tiroide totale ectopica coll'asportazione totale del tumore, si andrebbe certamente incontro al mixoedema postoperatorio, mentre, nelle altre due eventualità, questo inconveniente non avviene.

Anatomia patologica. — Non avendo avuto occasione di operare il caso osservato, non posso riportarne l'esame istologico e perciò debbo accontentarmi di quanto ho potuto raccogliere nella letteratura.

I diversi autori sono concordi nell'asserire che i gozzi linguali hanno tutti la stessa struttura inquantochè sono costituiti da tessuto tiroideo in vario stadio di sviluppo e possono riprodurre tutte le varie forme del gozzo tiroideo.

Così pure è uguale a quello, l'alterazione elementare e la sua origine istologica e come quello tiroideo, il gozzo linguale si può definire una neoplasia epiteliale benigna con tendenza alle formazioni cistiche.

I gozzi linguali che rappresentano la totalità della ghiandola tiroide ectopica posseggono una capsula connettivale ed hanno una struttura prevalentemente embrionale provveduti d'una circolazione lacunare e quindi la frequenza, in essi, di emorragie.

Sede e rapporti. — I gozzi linguali hanno generalmente la loro sede alla base della lingua in corrispondenza del *foramen coecum*, ma si possono trovare anche nello spessore della lingua e finanche nella punta di questa. (Livi, Harvey). La loro grandezza è assai variabile tantochè i diversi autori l'hanno paragonata ai più differenti oggetti ma, in generale, è equiparata, più frequentemente, a quella di una noce o di una grossa oliva.

I loro rapporti intimi sono naturalmente col corpo della lingua, dalla quale possono sporgere più o meno dorsalmente ed occupare in parte la cavità del faringe arrivando fino a ridosso dell'epiglottide colla quale però non assumono rapporti diretti ma possono spostarla indietro.

Talvolta fanno prominenza nella regione sopraioidea. I gozzi accessori inoltre possono sembrare indipendenti dal corpo tiroide ma in generale essi stanno in rapporto colle ghiandole per mezzo di cordoni tiroidei e qualche volta, per mezzo di lunghe e gracili connessioni che è possibile dissecare. (Roux, Riviere). Non danno mai metastasi nè si diffondono alle parti vicine perciò sono considerati tumori benigni (Forgue).

Eziologia. — Sull'etiologia di questi tumori niente è da aggiungere oltre quello che già sappiamo attraverso l'estesa letteratura per il gozzo del collo e, come per l'origine di questo, le cause restano tuttora oscure così per il gozzo linguale, ci è perfettamente ignoto il movente etiologico.

Fra le cause predisponenti la *pubertà* ed il *sesso* si mettono fra le prime. Data la ricca vascolarizzazione delle tiroidi, si spiega come per gravi fatti congestizi legati all'epoca dell'inizio delle mestruazioni nella donna e quindi dell'accrescimento e delle modificazioni che avvengono nel suo organismo, come in questo periodo si possa accrescere bruscamente il volume della ghiandola aberrante fino al punto d'assumere un colorito venoso più intenso ed anche da dare un certo senso di dolore, come si verifica nel nostro caso, ad ogni epoca mestruale. Però, nella letteratura, esistono anche casi di gozzo linguale verificati in maschi all'epoca della pubertà.

L'eredità non sembra avere influenza e per lo più si presenta in località esenti da gozzo. Alcune volte è stata notata la sua comparsa dopo alcune malattie infettive ma questi casi sono troppo scarsi per poter stabilire, con una certa probabilità, la loro influenza etiologica.

Sintomatologia. — La comparsa, l'accrescimento e l'evoluzione di questi tumori è tra le più variabili. Ordinariamente la loro manifestazione è lenta. In alcuni casi, però, in seguito ad iperemia suscitata per influenza di cause congestizie, possono accrescersi in poco tempo ed anche raddoppiare il loro volume.

Obiettivamente sono tumori rotondeggianti di variabile grandezza, con larga superficie d'impianto. Generalmente non posseggono peduncoli, ma nella letteratura esistono due casi di gozzi linguali peduncolati; quello del Livi e quello di Harvey. La loro superficie è liscia, di colorito rosso venoso e di consistenza duro elastica. Raramente presentano ulcerazioni: tuttavia ulcere di altra natura possono impian-

tarsi su di essi. Spesso, e specialmente nelle ricorrenze mestruali, si possono avere emorragie talora insistenti e profuse in causa della loro ricca vascolarizzazione. Quando esiste uno di questi tumori non si riscontrano contemporaneamente i gangli della regione ingrossati.

Soggettivamente si manifestano con alterazioni del timbro della voce che diviene nasale, con fatti di alterazione della loquela (disartria) ed infine con difficoltà più o meno marcata della deglutizione specie per i cibi solidi ed a secondo del volume del tumore.

Dal punto di vista somatico i portatori di questo tumore presentano spesso stigmate d'ipotiroidismo (nanismo, infantilismo, ecc.).

Diagnosi. — Si tratta dapprima di stabilire se il tumore della lingua è un tumore benigno o maligno. Questa diagnosi può essere fatta in base a criteri d'indole generale. L'assenza assoluta di gangli ingrossati al collo, nelle regioni sottomascellari, sottomentali o della catena giugulare interna di cui il ganglio di Küttner è il ritrovo principale dei linfatici della lingua, è già un carattere per escludere la malignità del tumore. L'età del paziente che, in generale è un giovane: l'epoca di comparsa, la sua lenta evoluzione, la mancanza di dolori, e talvolta anche il sesso sono tutti caratteri che fanno escludere a priori la malignità.

Ammessa la benignità del tumore, trattasi in secondo luogo di fare la diagnosi differenziale cogli altri tumori benigni della lingua. Questi sono rappresentati dalle cisti mucose, dermoidi e linfatiche; poi dalle cisti d'echinococco vengono inoltre gli adenomi, i fibromi, i lipomi e gli angiomi. Infine un nodulo tubercolare ed il sifiloma.

Le cisti si differenziano per la loro consistenza e per la presenza di fluttuazione, per l'aspetto gialliccio, la forma irregolarmente globosa, per la loro sede che può essere variabile su ogni punto del dorso della lingua, per l'assenza di ipotiroidismo e per presenza di tiroide in sito.

Le cisti d'echinococco sono rarissime nella lingua come pure abbastanza rari sono i fibromi, gli adenomi ed i lipomi. Una certa confusione potrebbe esser fatta cogli angiomi inquantochè l'aspetto loro è assai simile a quello dei gozzi linguali, ma in quelli vi è assenza di ipotiroidismo, la sede non è perfettamente delimitabile ed esiste in oltre la tiroide in sede normale.

Il nodulo tubercolare è raramente primitivo della lingua ed in genere s'accompagna con infiltrazioni ghiandolari del collo e con sintomi di questa infezione in altre parti del corpo. Se è ulcerato presenta l'aspetto caratteristico caseoso. Il sifiloma iniziale può riscontrarsi in ogni età, ha una evoluzione lenta; è duro di color rosso rameico, di forma rotondeggiante; ha sede variabile sul dorso della lingua, s'accompagna ad ipertrofia dei gangli cervicali. Non vi è ipotiroidismo e la tiroide è in sede normale.

Cura. — La cura dei gozzi linguali è esclusivamente chirurgica. Abbiamo già accennato che quando il gozzo linguale rappresenta tutta la ghiandola tiroide ectopica l'asportazione totale è controindicata per il pericolo dell'insorgenza del mixoedema. In questi casi, quando per la sua grossezza il tumore apportasse disturbi molto pronunziati al paziente è indicata l'asportazione parziale col galvanocauterio. Nei casi in cui il gozzo linguale rappresenta una ghiandola tiroide accessoria allora si può tentare anche l'asportazione totale. In ogni caso è consigliabile far seguire all'atto operatorio una cura opoterapica di tiroidina. Alcuni consigliano anche la cura iodica.

L'emorragia resultante dall'intervento operatorio è facilmente frenabile con tamponi imbevuti d'acqua calda oppure mediante l'applicazione di uno o due punti al catgut.

RIASSUNTO.

L'A. in seguito ad un caso di gozzo linguale occorsogli in osservazione, ne fa, anzitutto, notare l'apparente rarità e, basandosi sulla propria osservazione e su quelle di altri autori, raccoglie in sintesi quanto si conosce circa la etiologia, la patogenesi, la sintomatologia, la diagnosi e la prognosi di questa affezione.

Riporta infine un'importante quanto estesa bibliografia cronologica.

BIBLIOGRAFIA CRONOLOGICA.

1869. HICKMANN. *Congenital tumor of the base of the tongue ecc.* Pathological Transactions, pagina 160.

1879. LUCKE. Citato da MERTEN in Archiv f. Anat. und Phys.

1881. PARKER. *Tubular adenoma of root and dorsum of tongue.* Patholog. Transact., pag. 238.

1885. WOLF. *Ein Fall von accessorischer Schilddrüse.* Langenbeck's Archiv., Bd. 39, pag. 222.

1890. D'AIUTOLO. *Sulle tiroidi accessorie e specialmente sopra una mediastinica e due cervicali nello stesso individuo.* Mem. della R. Acc. di Bologna, 1890, IV, pag. 775.

1890. BUTTIN. *On two cases of glandular tumour of the tongue.* Brit. med. Journal, pag. 545.

1891-92. STAELIN. *Zur Kasuistik der accesorischen Schilddrüse.* Jahrbücher der Hamburg Staatskrankenanshalten, pag. 413.

1892. Collius Warren. *A case of enlarged accessory thyroid gland at the base of the tongue.* The Amer. Journ. of the Med. Scien., p. 377.
1893. Schreiner. *Zur Kenntniss der Struma accessoira.* Konigsberg, Inaug. Dissert.
1894. Galisch. *Struma accessoria baseos linguae.* Deuts. Zeit. f. Chir., Bd. 39, pag. 560.
1894. Creswel Baber. *Adenoma of the tongue.* Laryngological Society of London, 10 ottobre.
1894. Ilraith. *Notes on a case of accessory thyroid gland projecting into the mouth.* Brit. medic. Journ., pag. 1234.
1894. Mellroith. *A case of accessory thyroid gland at the base of the tongue.* Ibid.
1894. Powers. *Tumor at foramen coecum of tongue thyroid gland.* Annals of Surgery, p. 77.
1895. Mixter. *Accessory thyroid at base of tongue.* Massachusetts gen. Hospital, agosto, 9.
1897. Kraske e Cwamisso. Verein Freiburger Aerzte. Sitz. von 2 dic. 1896. Refer. Münch. med. Woch., pag. 372.
1897. Lymbius. *Struma accessoria der Zungenbasis.* Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 46, pag. 451. Refer. Münch. Med. Woch., pag. 492.
1897. Seldowitsch. *Ein Fall von Struma accessoria baseos linguae, ecc.* Centr. f. Chir., 1 mag.
1898. Reintjes. *Un cas de thyroïde accessoire de la base de la langue.* Comunicat. à la Soc. de laryng. hollandaise.
1898. Treitel. Mediz. Gesells. zu Berlin.
1899. Aschoff. *Ueber einem Fall von angeborenen Schildrüsenmagel.* Deut. Med. Woch.
1899. Postumsu Meyjes *Un cas de glandule thyroïde accessoire de la base de la langue.* Soc. belge d'Otologie, pag. 86.
1899. Watson. *Deux cas de glandes thyroïdes accessoires.* The New York Med. Journ.
1899. Benjamins. *Eine Struma auf der Zungenwurzel.* Münch. med. Woch., 1899, pag. 1432. (Lavoro originale in Nederl. Tijdsch. voor Genesk., 1899, n. 4, pag. 194).
1899. Schalde. Journal Amer. Med. Assoc.; Congresso di Colombo.
1899. Hansemann. *Eine Schilddrüse an der Zungen Basis.* Intern. Central. f. Laring., 1899.
1900. Vallas. *De la pharingotomie transthyoïdienne.* Revue de Chir., pag. 623.
1900. Wakabayascki. *Acessorische Struma an Zungengründe.* Centr. f. Laring., 1900.
1901. Theisen. *Case of accessory thyroide tumour at the base of the tongue.* Albany med. Annals, vol. 22, pag. 537.
1902. Curtis e Gandier. *Un cas de goître lingual.* Revue hebd. de laryng., Bordeaux, pag. 417.
1902. Goris. *Un cas de tumeur thyroïdienne de la base de la langue etc.* Bullet. l'Accad. & de Méd. de Belgique, pag. 315.
1902. Gaudier e Chevalier. *Tumeur thyroïdienne de la base de la langue.* Comunication à la Soc. belge d'oto-rhino-laryng., séance 1 juin.
1902. Teweles. *Ein Fall von Struma der Zungenwürzel.* Wien Klin. Woch., n. 8.
1902. Onodi. *Struma accessoria am Zungengrunde.* Arch. f. Laryng., Bd. 13, pag. 448, Berlin.
1903. Fiori. *Sopra la struttura d'un gozzo tiroideo accessorio, ecc.* Clinica Chirurgica, 1903, n. 2, pag. 100.
1904. Rietus. *Contributo alla casistica e terapia del gozzo linguale.* Deuts. Zeitsch. f. Chir., Bd. 74, H. 1-2.
1904. Erdheim. *Ueber Schilddrüsen .... Geschwülste des Ductus thyreoglossus etc.* Ziegler's Beitr., Bd. 35, pag. 366.
1904. Winslow. *Accessory thyroid tumor situated at the base of the tongue.* The New York Journal, 13 agosto.
1904. Smith. *Accessory thyroid of the posterior third of the tongue.* Ibid., 24 ott., pag. 818.
1904. Hanszel. *Ein seltner Tumor des Zungengrundes.* Archiv. f. Laryng., Bd. 14, pag. 144.
1904. Storrs. *Linguae goître. Accessory thyroid at the base of the tongue.* Ann. Surg., Philadelphia, pag. 323.
1905. Meixner. *Zwei Fälle von Struma baseos linguae.* Deuts. Zeit. f. Chir., pag. 1.
1905. Lenzi. *Due struma a sede rara. Contributo allo studio del gozzo linguale.* Sperimentale, 1905, pag. 870.
1906. Quensel. *Ein Fall von struma accessoria baseos linguae.* Nordisck. med. Arch., pag. 5. Refer. Centr. f. Allg. Path., 1905, pag. 838.
1906. Goris. *Note sur l'extirpation d'un goître de la pointe de la langue.* Bullet. de l'Acad. R. de Méd. de Belgique.
1906. Yacques. *Deux cas de goîtres linguaux.* Revue méd. de l'Est, avril, pag. 182.
1907. Dundas Grant. *Tumour of the pharyngoglossus not malignant possibily of the nature of a dermoid or accessory thyroid.* The Journal of laring., rhin. and otol., pag. 356.
1909. Leulier. *Contribution à l'étude des goîtres de la base de la langue.* Thèse de Paris.
1909. Kappis. *Ein Fall von Struma baseos linguae.* Mediz. Gesellsch. in Kiel., Sitz. von 22 juli. Refer. Münch. Med. Woch., 1909, pag. 283.
1909. Gellé e Bertein. *Deux cas de tumeurs linguales à structure thyroïdienne.* Bullet. et mém. Soc. Anat. de Paris, a. LXXXIV, 6ª série, t. XI, n. 6, giugno.
1909. Massei. *Il gozzo linguale.* Zeitsch. f. Laryng., Rinol u. ihre Grenz.
1909. Traina. Comunicazione al Congresso di patologia generale in Modena.
1910. Livi. *Un caso di struma tiroideo della base della lingua.* Il Policlinico, Sez. prat., fasc. 13, pag. 395.
1910. Austoni. *Sui tumori linguali di natura tiroidea.* La Clinica Chirurgica, a. XVIII, 1910, pag. 1619.
1910. Leubier. *Il gozzo linguale.* Annales des Maladies de l'O. R. Laring., Paris, aprile 1910.
1910. Gum. *Thyroïd tumour growing in the tongue.* Trans. roy. Acad. of mid. Ireland, Dublin, 1910, XXVIII, pag. 381.
1911. Mayo. *Lingual, sublingual and other forms of aberrant thyroids.* Journ. Amer. Med. Ass., 1911, LVII, pagg. 784-786.
1913. Gatti. *Bocio aberrante de loja submaxillar.* Arch. Brasil. de Méd., Rio de Janeiro, 1913, III, pp. 1045, 1047, 1914, IV, pag. 219-21.
1918. Jorge e Layera. *Bocio lingual.* Rev. de l'Asoc. méd. Argentina, Buenos Aires, 1918, XXIX, pag. 246-288.
1920. Rubeli. *Struma lingualis und Schwangerschaft.* Monats. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Berlin, 1920, II, pagg. 295-303.

1921. KOCHL. *Der Zungenkropf.* Schweizer. Med. Wochenschrift, 1921, II, 21 avril, Basel, pagine 361-374.
1922. DICLIER. *Un cas de goître lingual.* L'O.R.L. internat., Paris, 1922, VII, p. 10.
1922. MADIER e THALHEIMER. *Tumeur solide thyroïdienne de la base de la langüe.* Arch. Inter. de laryng., Paris, 1922, XXVIII, pag. 60-63.
1922. REBATTRE. *Tumeur thyroïdienne de la base de la langue.* Soc. des Sciences méd. de Lyon, 1922, 17 ott.
1922. VERNET e CASTEX. *Tumeur solide thyroïdienne de la base de la langue.* Arch. intern. de laryngol., Paris, 1922, XXVIII, pag. 1921-14.
1922. ZEHNER. *Zu einen Fall von Zungenstrum.* Münch. med. Woch., LXIX, 1922, n. 20, pagine 747-748, 19 mag.
1922. DROESBECQUE e GOORMAGHTIGH. *Tumeur thyroïdienne de la base de la langue.* Scalpel, Bruxelles, 1922, LXXV, p. 1249-1253.
1923. KRASSNIG. *Ein Fall von Zungenstruma.* Zeits. f. Laryngol., Leipzig., 1923, XII, p. 113.
1923. LAHEY. *Lingual goiter.* Surg., Gynec. a. Obst., Chicago, 1923, XXXV, pag. 395-97.
1923. ROEGHOLT. *Un cas d'adénome thyroïdien colloïdal devié en goître lingual.* Nederl. Maandschr. v. Geneesk., Leiden, 1923-24, XII, p. 486-492.
1923. SCHMIEGELOW. *Goître de la base de la langue.* Hosp. Tijdende, Kobenham, 1923, LXVI. Dansk. Oto-laring. selsk-Forhandl., p. 18-21.
1923. TAWSE H. B. *Thyroid tumour from base of tongue.* Proced. roy. Soc. of Med., London, 1922-23, XVI, Sect. Laryngol., pag. 21.
1923. URBAN. *Ueber einem Fall von Zungenkropf.* Zentr. f. Chir., Leipzig, 1923, L, p. 701-703.
1924. ANGLESIO. *Gozzo della base della lingua.* Minerva Medica, Torino, 1924, IV, p. 656-659.
1925. HARVEY. *A peduncolated tumour at the base of the tongue arising from the region of the foramen coecum.* Brit. Journ. of Surg., Bristol, 1925, XIII, p. 746.
1926. PAUCHET. *Le goître lingual. Traitement par énucléation.* La Prat. Chir. illustrée, Paris, Doin, 1926, in-8°, fasc. X.
1927. TORRIGIANI C. A. *Considerazioni sull'ectopia tiroidea nella lingua.* Scritti Biologici, 1927, p. 167-177.

Modigliana, 13 marzo 1929-VII.

COMMENTI.

OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE DI MANTOVA

Sul meccanismo di azione della malarioterapia della paralisi progressiva.

A proposito della polemica tra i proff. Medea e Pasini

per il prof. G. SANTANGELO, direttore.

Intendimento della presente nota non è certo quello di polemizzare con il prof. Pasini e tanto meno col prof. Medea, al quale anzi esprimo il mio ringraziamento per avere accettato e sostenuto l'ipotesi dell'antagonismo biologico da me illustrata sin dal 1926 sulla *Riv. di Patol. Nervosa e Mentale* (vol. 31, fasc. III), per spiegare il meccanismo di azione della cura malarica nella demenza paralitica; essa ha piuttosto quello di chiarire il mio pensiero attuale sulla detta ipotesi specie al lume dell'esperienza maturata in questi tre ultimi anni.

A pag. 295 del mio sopracitato lavoro leggesi: « ... il fattore principale, che dovrà formare oggetto delle ricerche future è rappresentato dalla capacità biologica colla quale l'organismo prende parte al processo di guarigione ». E più oltre: « ... si può pensare a meccanismi immunitari per spiegarsi l'azione curativa della malaria e con ciò la parte esplicata dall'organismo?... certamente no... Infatti, mentre il concetto di resistenza immunitaria è fondato sulle proprietà difensive che acquista l'organismo rispetto ad una data infezione per avere in precedenza superata la stessa, nel caso della demenza paralitica l'immunità verrebbe ad esplicarsi su una malattia in atto esistente per una capacità di difesa postuma che acquisterebbe l'organismo in seguito alla nuova malattia. Pertanto le premesse su cui verrebbe ad essere impostata l'analogia colla teoria immunitaria, sono tutt'altro che analoghe, sicchè non si comprende su che base essa possa essere ammessa nel caso della malarioterapia della paralisi progressiva.

« ...L'organismo pur avendo una parte importante nel processo di guarigione della paralisi operato dalla malaria non vi partecipa con un meccanismo immunitario nel senso originario di questa parola... sembra quindi più giustificato ammettere un antagonismo biologico tra le due infezioni, la preesistente e la sopravvenuta, al quale come per ogni altro fenomeno vitale partecipa attivamente l'organismo, piuttosto che invertire i termini della teoria immunitaria... ».

Questo scrivevo a conclusione della disamina analitica di tutte le ipotesi invero poco soddisfacenti emesse sino allora per spiegare il meccanismo terapeutico con il quale agisce la malaria negli ammalati di paralisi progressiva. Ma ancora un punto mi preme riferire, ed è quello che riguarda la supposta azione che la malaria esplicherebbe sulle cure specifiche consecutive dal Müller definita « coadiuvante » (*Jahrb. f. Psich.*, Bd. 37, 1917) e più recentemente dal Pasini « catalizzatrice ».

« ...Il meccanismo dell'azione coadiuvante della malaria nelle cure specifiche non avrebbe dovuto sopravvivere fin oggi, non solo per il fatto che remissioni complete si vedono seguire alla malarioterapia senza associarvi alcuna cura specifica, ma anche in considerazione dell'ormai tramontato concetto della « specificità » delle cure cosidette specifiche. Tale teoria (specie colla spiegazione allora data dal Müller) appariva errata dalle basi in quanto per poterla ammettere bisognava prima aver data la prova che gli antiluetici e nel caso in ispecie il salvarsan esplicassero realmente un'azione chemioterapica diretta nel senso di Erlich, concezione che se, per qualche tempo, sembrò potersi senz'altro trasportare dal laboratorio alla clinica, è stata poi smentita da successive ricerche eseguite nello stesso laboratorio dell'Erlich dai suoi allievi. Il Kolle mi confermava appunto in una visita che ho avuto occasione di fare all'Istituto dell'Erlich nell'ottobre 1923, che nelle sue esperienze più recenti aveva notato come non tutto un gruppo della stessa specie di animali d'esperimento infettati di sifilide nella stessa epoca e poi curati con arsenobenzoli tutti nelle stesse condizioni, guarisse, ma una parte, sebbene esigua, soccombeva all'infezione. La costanza di tale reperto in ripetute prove di controllo costituiva secondo il detto A., una prova decisiva contro l'ipotetica azione chemioterapica diretta del salvarsan, che ove fosse esistita, avrebbe dovuto esplicarsi in modo identico in tutto il gruppo. Pertanto il Kolle crede per spiegare il meccanismo di azione degli arsenobenzoli di dovere tirare in campo la stimolazione dei poteri difensivi naturali dell'organismo operata dall'arsenobenzolo e con ciò un meccanismo indiretto di guarigione. In sostanza il minimo comune denominatore a cui si dovrebbe ricondurre la chemioterapia cosidetta specifica è rappresentato sempre dall'organismo ».

Ritengo che il triennio d'esperienza clinica testè decorso confermi il mio modo di vedere di allora.

Nei primordi della terapia malarica, quando erroneamente si poneva nella elevazione termica il fattore terapeutico principale, si era soliti spingere fino a 10-12 ed anche più il numero degli accessi febbrili; questa pratica mentre apportava una certa percentuale di intolleranza con esito letale, dall'altra si mostrava tutt'altro che adatta per ottenere i risultati migliori che si sono invece notati a preferenza negli ammalati in cui si è lasciato sviluppare un numero assai minore di accessi febbrili e si sono moderate le temperature troppo elevate con piccole dosi di chinino. Il Wagner stesso mi diceva l'anno scorso in occasione d'una conferenza che sull'argomento tenne alla Biblioteca Filosofica di Palermo (vedi mio resoconto in *Riv. San. Siciliana*, maggio 1928) che operando in tal guisa, dopo l'interruzione della febbre si vede seguire un fenomeno che ha del miracoloso, che egli esprime con l'appellativo di « aufschrunk » cioè a dire un'attivazione considerevolissima di tutte le funzioni organiche; ma affinchè questo fenomeno si verifichi bisogna che l'organismo mantenga la forza di liberare questa attivazione e perciò non bisogna esaurirlo con un numero troppo grande di accessi febbrili o con delle temperature eccessive.

Ancora più recentemente (giugno 1928) il Wagner in una conferenza tenuta alla Salpetriere in occasione della X Riunione internazionale insiste nel concetto di non spingere oltre i 4-6 il numero degli accessi, e di ripetere preferibilmente la cura dopo un intervallo di 4-6 settimane; in tal guisa egli dice, non solo si ottengono delle remissioni eccezionali per grado e durata, ma si restringono al minimo le controindicazioni della malarioterapia in quanto si può estenderla anche a quei soggetti in condizioni generali scadenti che dopo un periodo di 2-4 accessi seguìto da una serie di iniezioni di neosalvarsan presentano quasi sempre quella tale riattivazione dell'organismo che consente loro di superare un altro periodo più lungo di accessi febbrili (4-6).

Fin dallo scorso anno adopero tale tecnica in clientela privata e di recente in questo Ospedale psichiatrico ho trattato un buon numero di casi, che in atto stanno subendo il secondo periodo febbrile, ed anch'io non ho lamentato con questa tecnica alcun incidente pur avendo operato sui casi più disparati e in condizioni fisiche talvolta scadenti, anzi ho riportato la impressione che proprio in questi casi il rifiorire fisico dopo la prima breve serie di attacchi sia ancora più apprezzabile.

Questo è quello che la clinica ci ha inse-

gnato in quest'ultimo triennio e se da ciò si volesse trarre argomento per riprendere la *vexata quaestio* del meccanismo della malarioterapia io credo che l'ipotesi da me sostenuta trovi ulteriore conferma.

Ma l'antagonismo da me prospettato in analogia con quanto si verifica in alcune malattie tropicali (Delgado) ed in talune esperienze batteriologiche (Levaditi) non deve essere inteso nel senso che la sola presenza dell'agente di una malattia sopravvenuta renda incompatibile la sopravvivenza dell'agente della malattia preesistente, come nelle esperienze in vitro; se così fosse i risultati migliori si sarebbero in pratica dovuti ottenere spingendo al maximum il numero degli accessi in modo da fare moltiplicare ed aumentare il numero dei parassiti malarici, mentre abbiamo rilevato come si verifichi proprio il contrario. La causa di ciò va ricercata appunto nel fatto che l'organismo non ha la parte che nella esperienza in vitro ha la provetta, ma esso vi partecipa attivamente. L'introduzione del parassita malarico nell'organismo del paralitico determina quella riattivazione dei processi organici che lo mettono in condizione di superare e di vincere la lotta contro i parassiti annidati nella sua corticalità cerebrale; l'antagonismo quindi si esplica sempre per il tramite della reazione organica e si mostra tanto più efficace, quanto più le condizioni generali consentono il liberarsi di questa benefica azione. Non è quindi un antagonismo da incompatibilità di contemporanea sopravvivenza delle due forme di parassiti, bensì tra i fenomeni organici che accompagnano lo svolgersi delle due infezioni. È questione di gradi; già nel mio surriferito lavoro accennavo alla possibilità giustamente affacciata dal Modena che la malaria possa in avvenire essere sostituita con altra malattia capace d'eccitare un antagonismo più attivo come d'altra parte le reazioni che in passato si provocavano mediante iniezioni di tubercolina, nucleinato, vaccini, latte, ecc., si erano pure mostrati capaci di stimolare, sebbene in modo incompleto, l'organismo ad esplicare se non una vera e propria azione antagonistica, almeno ostacolante del processo morboso. Lo stesso dovrebbe dirsi anche del salvarsan la cui azione, intesa nel senso di Kolle, cioè a dire di energico stimolante dell'organismo, verrebbe a sommarsi con quella esplicata dalla malaria, mentre adoperato da solo non riesce ad avere ragione sul processo paralitico. Con tale ipotesi si spiega bene tanto la circostanza che una remissione completa si possa ottenere senza fare eseguire alcuna cura salvarsanica, tanto quella del notevole vantaggio che si ottiene associando ad una prima breve serie di accessi una cura salvarsanica, il che permette di tollerare una serie più lunga secondo la più recente tecnica consigliata da Wagner. Questo modo di pensare ci dà anche spiegazione di un'altra circostanza che ha l'apparenza d'una contraddizione all'ipotesi da me sostenuta, e cioè quella dell'azione benefica che talvolta la malaria è capace d'esplicare in taluni casi di demenza precoce (Medea-Levi Bianchini, ecc.). Se una reazione benefica e globale si verifica nell'organismo sotto lo stimolo dell'infezione malarica, è ovvio supporre come detta riattivazione (per usare l'espressione del Wagner) possa essere parimenti benefica rispetto ad un'altra malattia cerebrale ad eziologia diversa dalla paralisi. Ma ancora un filo logico lega questa apparente contraddizione e ci precisa meglio il campo d'azione di questa espressione troppo comprensiva di riattivazione dell'organismo. Se la malaria esplica un'azione benefica in malattie ad eziologia tanto diversa, ciò vuol dire che l'antagonismo che essa provoca a mezzo dell'organismo non si rivolge contro l'agente delle due malattie, ma si esplica sopratutto col modificare l'ambiente cerebrale in cui questo stesso vive, ostacolandone l'ulteriore sviluppo. Questa ipotesi trova anche conferma in talune ricerche sperimentali di recente istituite. Interessanti mi sembrano da questo punto di vista oltre le esperienze del Saghe e del Marinesco riferite dal prof. Pasini, anche quelle di Donath e Heiling che hanno studiato comparativamente la decomposizione delle albumine nel sangue e nel liquor durante le reazioni febbrili consecutive ad iniezioni di sostanze proteiniche, di vaccini e della malaria. Essi hanno misurato questa decomposizione titolando gli aminoacidi sia nel siero di sangue che nel liquor, ed hanno trovato che mentre il siero mostra un titolo elevato di aminoacidi nella febbre prodotta da vaccini, questo è invece normale nella febbre malarica; l'opposto avviene invece nel liquor dove il titolo di aminoacidi si mostra di gran lunga più elevato nel liquor durante la malaria che non nelle febbri provocate con altri mezzi.

Se questo ordine di ricerche sarà confermato ed altre se ne aggiungeranno a portare nuova luce in questo senso io credo che l'auspicata soluzione del problema del meccanismo di azione della malarioterapia, che ha giustamente affaticato gli studiosi, non tarderà ad essere trovata.

SUNTI E RASSEGNE.

ENDOCRINOLOGIA.

La clinica del diabete insipido nel bambino.

(E. J. Meijers. *Nederlansch tijdschrift voor geneskunde*, 16 nov. 1929).

L'A. osserva che la letteratura sul diabete insipido è quanto mai scarsa in Olanda, per cui ritiene utile pubblicare quattro casi occorsi alla sua osservazione.

I. Una bambina di 11 anni viene accolta in clinica nel 1916; sintomi principali sete e puliuria; peso 23 kg. Nei 12 giorni di permanenza, eliminazione giornaliera di 2250 cmc. di urina, con p. s. 1007, fino a 5060 con p. s. 1001. Non limitazione di liquidi. Compare poi irite tubercolare ad entrambi gli occhi. Wassermann nel sangue negativa; radiografia del cranio negativa.

Un anno dopo, i sintomi del diabete insipido erano immutati; stato generale però migliorato. Attualmente ha 24 anni; ha avuto sviluppo somatico e dell'intelligenza normale, nè si distingue dalle coetanee. Sete e poliuria perdurano; di notte urina ancora un litro.

II. Bambina di 5 anni e mezzo, accolta in ospedale nel 1919. Nata a termine, ebbe nel primo anno convulsioni. A 2 anni, i parenti si accorsero che usava poco il braccio destro, che rimane più sottile e più corto del sinistro; anche la gamba destra, nel cammino, non si abbassava totalmente. In questo tempo la bambina cominciò a manifestare una sete intensa.

All'esame: peso kg. 14,4; emiparesi destra di origine cerebrale; Pirquet positiva, Wassermann negativa, sella turcica normale. Ingestione di circa 2 litri di liquidi al giorno; urina, nelle 24 ore, litri 1 e 1/2-2, spesso più abbondante la notte, con p. s. 1002-1008. Con la dieta scarsa in sale ed in albuminoidi, diminuì la sete e la quantità di urina eliminata. Allora, l'aggiunta di 8 grammi di sale alla dieta, fece elevare la quantità di urina, rimanendo costante il peso specifico ed elevandosi di poco la concentrazione del cloruro di sodio nell'urina. Nessun effetto ebbero le iniezioni di pituitrina. Con la somministrazione di teofillina (g. 2 in 200 di acqua), elevamento del peso specifico (da 100 a 1008), quantità di urina più scarsa. Venne fatta diagnosi di diabete insipido e paralisi infantile cerebrale. Rimase stazionaria; sviluppo scarso per la sua età; morte a 11 anni, per cause ignote.

III. Bambina di anni 5 e 1/2, accolta in ospedale il 1929, figlia di un cinese e di una europea, primogenita; gli altri 3 figli sani. Da 2 mesi ha incominciato a dimagrire e ad urinare molto; diminuzione dell'appetito, apatia. Nulla all'esame obbiettivo, peso e lunghezza normali per l'età. Urina giornaliera, 1000-1800 cmc. (normalmente 500) con p. s. al massimo di 1014. Che si trattasse di un caso leggero, è dimostrato dalle prove di diluizione e di concentrazione, con cui si ottennero valori rispettivi del p. s. urinario di 1002 e 1017. Nessun effetto dall'estratto di ipofisi *per os*. Metabolismo basale non diverso da quello dei bambini olandesi della stessa età. Cloruro di sodio nel sangue normale. Pirquet, Wassermann, negative, sella turcica normale. Qualche mese dopo, diuresi aumentata (fino a 5 litri, con p. s. 1007-1002).

IV. Bambino di 8 anni, accolto in ospedale nel 1929. Da 3-4 mesi, sete e poliuria, diminuzione dell'appetito, cefalea. Nulla all'esame obbiettivo, peso kg. 19,14, Wassermann positiva nel siero di sangue, negativa nel liquor.

Liquor a pressione normale, limpido, Nonne e Pandy positive; 164 cellule per mmc., per lo più linfociti. Urina, 4-5 litri, con p. s. 1007-1004. Non si potè fare la prova di sete; la dieta ipoclorurata abbassò la diuresi a 2-3 l.; l'aggiunta di 4 grammi di NaCl lasciò uguale la quantità di urina, facendo eliminare in 24 ore g. 2,4 di NaCl. Contenuto di NaCl nel sangue g. 4,8-4,9 per litro. Metabolismo basale normale.

L'iniezione di pituitrina innalzò il p. s. dell'urina delle 24 ore a 1013,5. Nessuna influenza dal trattamento antiluetico, fatto con sulfarsenol e frizioni; dopo queste ultime comparve urticaria generalizzata e si ebbe diuresi a 2800 cmc. con p. s. di 1007. La diminuzione della diuresi e l'aumento del peso specifico sarebbero da attribuirsi alla crisi emoclasica.

Eziologia.

Per quanto riguarda l'eziologia del primo caso si deve pensare alla tubercolosi (Pirquet positiva, irite tubercolare), con localizzazione del processo all'infundibolo, secondo le idee di Falta.

Nel secondo caso, si deve invece pensare all'encefalite. È noto che i processi encefalitici si hanno spesso nel primo anno di vita e non sono molte volte diagnosticati che per le conseguenze che lasciano. Le convulsioni avute dalla bambina nel primo anno di vita sono da attribuirsi appunto ad un processo encefalitico, che ha lasciato l'emiparesi e le lesioni in vicinanza del tuber cinereum.

Nell'ultimo caso, l'eziologia va probabilmente riferita alla lues congenita, tanto più che l'esame del liquor depone per una meningite luetica. L'insuccesso del trattamento specifico non deve maravigliare. Con tutta probabilità, si tratta di distruzione di cellule gangliari del pavimento del III ventricolo; la sola pressione sui centri da parte di un processo di meningite basale non basta a spiegare il diabete insipido, poichè altrimenti questo dovrebbe essere più frequente.

Lo sviluppo di bambini con diabete insipido può essere buono, come lo dimostra il primo caso dell'A. ed altri raccolti nella letteratura..

D'altra parte, col diabete insipido, si possono avere altri disturbi endocrini (mixedema, obesità) per cui lo sviluppo può essere anormale, specialmente nel senso di un minore sviluppo in lunghezza e peso fino ad un vero infantilismo. Gayler ha descritto un caso in cui l'eliminazione di Ca e di Az era maggiore che nel normale, per cui l'organismo veniva impoverito di queste sostanze necessarie per lo sviluppo. Nei casi 1, 3 e 4, non si avevano disturbi dello sviluppo; nel secondo, era notevole il ritardo nello sviluppo dell'intelligenza, da attribuirsi però probabimente al processo encefalitico.

Tenuto conto dei buoni risultati ottenuti da Klein e Holzer facendo mangiare il ramolaccio, l'A. ha provato anche questo, ma inutilmente. Non si deve però dimenticare che, secondo Posner, il semplice atto di masticare delle pastiglie o delle pillole di sostanza indifferente è capace di diminuire la diuresi.

Anche l'altra novità terapeutica, l'estratto di ipofisi, rimase nei casi dell'A., senza effetto, tranne che caso IV, in cui, con l'iniezione sottocutanea, si ottenne qualche effetto.

LE TEORIE DEL DIABETE INSIPIDO.

Sull'essenza del diabete insipido, molte sono le opinioni. La teoria di Meyer, che si tratti dell'*incapacità del rene a concentrare l'urina*, è ormai tramontata. Contro di essa depongono molti fatti, fra cui quelli che nella febbre la quantità ed il peso specifico dell'urina diventano normali e che, con la prova di carico, l'eccesso di NaCl viene eliminato, con la stessa o con maggiore rapidità che nel normale. Una prova decisiva contro tale teoria è stata portata da Klein e Holzer, i quali, durante una prova di sete, trovarono che, in un dato momento, la concentrazione del NaCl era più alta nell'urina che nel sangue.

Il diabete insipido va caratterizzato per il suo fenomeno più appariscente, la poliuria. Si tratta di una poliuria primaria (non di polidipsia), in cui i reni sono sani e vi è invece un disturbo nel ricambio dell'acqua, mentre la quantità di NaCl eliminata nelle 24 ore è normale.

Veil distingue *due forme di diabete insipido*. L'una è *ipercloremica-ipoclorurica;* in essa l'organismo può ancora trattenere il sale, mentre la prova di sete dà la così detta *reazione patologica del NaCl*. Durante la prova di sete, permane l'enorme diuresi con il basso peso specifico, sicchè si ha un ispessimento del sangue, con forte perdita di peso. La reazione normale del NaCl consiste, invece, nella ritenzione di acqua e da ciò idremia e diminuzione della diuresi, il contrario, cioè, della forma ipercloremica di Veil, in cui non si ha fissazione, da parte dei tessuti, di NaCl, che viene prontamente eliminato dai reni. In questa forma, la dieta ipoclorurata, come le iniezioni di pituitrina si dimostrano efficaci.

Nell'altra forma, con *iper- o normocloremia ed ipercloruria*, si può ottenere, con la prova di sete, una ritenzione di acqua per cui l'urina acquista un peso specifico più alto. La dieta ipoclorurata e la pituitrina hanno scarso effetto. La teocina, che nella prima forma è poco attiva, può invece dare ipercloruria.

È inoltre da rilevarsi che la maggior parte degli individui con diabete insipido ha un alto contenuto di NaCl nel sangue. I pazienti con ipocloremia somigliano molto a quelli con polidipsia, soprattutto anche perchè, con l'astinenza di liquidi, eliminano poca urina con elevato peso specifico, come le persone normali. Il fenomeno essenziale consiste nella bassa quantità di NaCl che si trova nel sangue, nel diabete insipido, mentre essa è invece elevata nella polidipsia.

Il disturbo nel ricambio dell'acqua che si ha nel diabete insipido è, secondo Leschke, caratterizzato dall'*aumento della diuresi dell'acqua associato con la diminuzione della diuresi molare* (nel senso della massa - *moles* - dei diversi sali); entrambi connessi l'un l'altro, come viene anche dimostrato dalla prova di sete, in cui non si ha affatto aumento della diuresi molare, mentre si hanno disturbi parziali, come dimostra il caso di Jungmann.

Si trattava di un uomo di 28 anni, in cui si manifestavano rilevanti edemi e forte diarrea; cuore e pressione normali, urina senza albumina, con p. s. di 1007. Come causa della diarrea, si ammise un'achilia gastrica e mancanza di fermento pancreatico. Le ricerche sul sangue dimostrarono idremia e ipocloremia. Prove di diluizione e di concentrazione normali ma, alla prova di sete, la quantità di urina si abbassò ed il paziente aumentò di peso. Con la tiroidina e la teocina, si ebbe forte diuresi ed una vera *fusione* degli edemi; nessun effetto, invece, con i preparati di ipofisi. Questo caso apparterrebbe al tipo ipocloremico di Veil, soltanto con la mancanza di poliuria e di polidipsia; si tratta di un disturbo isolato del ricambio salino.

Non è però possibile mantenere la stretta divisione tra forme ipo- ed ipercloremiche, in quanto che vengono sempre più spesso descritti casi che hanno le caratteristiche di entrambi. Klein e Holzer ammettono *due centri*, l'uno per la diuresi dell'acqua, l'altro per quella molare. Nel diabete insipido, si avrebbe un'incoordinazione di questi due centri, per cui il centro nervoso per la diuresi viene messo in azione da uno stimolo che, per la diuresi molare, si trova ancora al disotto della soglia. Con questa teoria, si spiegano anche i cambiamenti che si verificano nella malattia. I due nominati autori descrivono un paziente, che dapprima reagiva come la forma ipercloremica di Veil; 10 anni dopo, il contenuto di NaCl nel sangue era al disotto della norma. In condizioni normali, per l'accumulo di grandi quantità di *mole* nei vasi, si ha uno sti-

molo per la diuresi dell'acqua, mentre tale diuresi, nel diabete insipido, la si ha molto prima e lo stimolo per la diuresi molare rimane inefficace. In tal modo, la concentrazione dell'urina rimane bassa, sebbene la funzione renale sia buona.

Vi sono inoltre quadri clinici di disturbi del ricambio, che colpiscono soltanto la diuresi acquosa.

Un'altra questione riguarda la *sede di tali centri*. Leschke, sulla base di esperimenti sugli animali e di reperti anatomo-patologici di malati di diabete insipido, ritiene che l'ipofisi non possa considerarsi come l'organo centrale regolatore del ricambio dell'acqua. Egli ha potuto provocare la poliuria mediante lesioni della superficie del tuber cinereum, dietro l'infundibolo, senza ledere affatto l'ipofisi. Jungmann ha descritto un caso in cui l'ipofisi era addirittura diventata un ascesso, senza che si avesse un diabete insipido permanente.

Franck è, invece, di tutt'altra opinione. Secondo lui, gli esperimenti in questo campo non possono portare degli argomenti risolutivi, in quanto che fra ipofisi e regione ipotalamica esistono rapporti così stretti che non mai possibile ledere soltanto uno di essi.

In favore della teoria dell'ipofisi, sta la pronta azione dei preparati di ipofisi in alcuni usi ed inoltre il fatto che, con la sezione di tutti i nervi renali, si ha ugualmente il diabete insipido con la puntura ipotalamica. Secondo Frank, con tale procedimento l'ipofisi può essere lesa ma ad ogni modo, gli impulsi non possono più raggiungere i reni per via nervosa.

Falta accetta un punto di vista intermedio; egli ammette che l'ipofisi abbia una proiezione centrale nel cervello medio. Quest'ultimo centro riceve gli impulsi tonici dell'ipofisi ed, a sua volta, subisce l'influenza trofica e funzionale del detto centro.

La stessa controversia di questioni — ipofisi o pavimento del III ventricolo — si ha, del resto, anche per la malattia di Fröhlich.

Per quanto riguarda i propri casi, l'A. osserva anzitutto che il primo non può essere preso in considerazione perchè non si può assodare la diagnosi precisa di diabete insipido. Il secondo non rientra degli schemi di Veil, avendo esso, fenomeni del tipo ipercloremico (reazione patologica all'aumento di sale, pronta reazione alla dieta ipoclorurata) insieme con quelli di tipo ipocloremico (ipercloruria con somministrazione di teocina). Poco o nulla si può dire dei preparati di ipofisi che pure furono utili in un caso (il IV), ma che non hanno azione costante.

A prima vista, il quadro clinico del caso III ha poca somiglianza con diabete insipido, ma un esame più particolareggiato dimostra che la prova di concentrazione arriva a dare una urina con p. s. di 1017, ciò che non si può avere che con reni bene funzionanti.

Il IV paziente ha tutti i segni della forma ipercloremica di Veil ed ha risposto bene ai preparati di ipofisi il che non toglie però che, dopo qualche giorno, sia tornato ad abbondante diuresi ed a perdita di peso. A quanto sembra, i tessuti poterono trattenere l'acqua soltanto per poco tempo.

FILIPPINI.

Il trattamento del gozzo esoftalmico.

(C. S. DON. *British med. journ.*, 22 giugno 1929).

L'A. fa un confronto fra i diversi metodi di trattamento del gozzo esoftalmico.

Lo jodio dà soltanto un miglioramento temporaneo ed il prolungare questo trattamento non dà alcun beneficio al paziente. La sospensione del trattamento dopo che è durato anche a lungo, non dà nessun cambiamento nelle condizioni del paziente, giudicate sul metabolismo basale. Un secondo periodo di trattamento non dà gli stessi risultati del primo.

La terapia con raggi X ha dato miglioramento soltanto nel 52 % dei casi e soltanto dopo sei mesi di trattamento. I casi che, dopo tale periodo non mostrano miglioramenti, sono da consegnarsi al chirurgo.

Mediante il trattamento operativo, si sono avute l'80 % di guarigioni o miglioramenti. L'A. mette in rilievo il fatto che sono stati operati soltanto i pazienti in cui il metabolismo era sotto 30 ed il polso sotto 95. Le condizioni del metabolismo e del polso si mantengono uguali dopo un anno o più nell'80 %. I casi meno fortunati sono stati quelli in cui si è asportato troppo piccola parte del gozzo.

In complesso, lo jodio va riservato fino a che si ritenga necessaria l'operazione; i raggi X devono essere tentati per un periodo di 6 mesi; se non si ha miglioramento o questo non è rassicurante, si proceda all'operazione.

fil.

VIE BILIARI.

Le tappe della diagnosi della colecistite cronica.

(VERDERON. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, n. 17, 1929).

La vicinanza di numerosi organi, come il duodeno, il piloro, l'appendice, il pancreas ai quali possono essere riferiti i vari disturbi che dipendono invece dalle colecisti, fa sì che spesso la diagnostica delle affezioni della cistifellea incontra notevoli difficoltà.

L'A. consiglia perciò, per pervenire ad una diagnosi precisa, di procedere sempre con metodo e per tappe successive.

Anzitutto occorre stabilire con precisione in quali sindromi morbose occorre pensare alla cistifellea; si cercheranno poi i segni che permetteranno di affermare che questo organo è

realmente in causa ed in fine, se è veramente ammalato, si dovrà precisare di quale varietà di colecistite si tratta.

1) *Quando si dovrà pensare alla cistifellea?*

Dall'interrogatorio dell'ammalato si potrà pensare trattarsi di una colica epatica, di dolori nell'ipocondrio destro, di segni funzionali epato-biliari, di disturbi digestivi gastrointestinali.

La colica epatica, sia essa dovuta a migrazione di un calcolo o a semplice spasmo delle vie biliari, è sempre violenta, con irradiazioni al dorso, alla spalla destra, all'epigastrio, all'ombelico.

In caso di sindrome dolorosa nell'ipocondrio d., si hanno piccole crisi, di scarsa intensità, che si riscontrano in occasione di un errore dietetico o di fatica o di viaggio, ecc.; la loro durata è varia, generalmente più lunga della colica epatica vera e propria. Si ha anche l'irradiazione del dolore verso la spalla destra, l'epigastrio, l'ombelico e il dorso ed i movimenti di flessione e di estensione del torace sul bacino l'esagerano.

Se è alterata la funzione epato-biliare, ad intermittenza, si ha ittero della cute o soltanto alla palma delle mani ed alla pianta dei piedi. Possono pure aversi dermatosi eczematiformi, l'erpete, l'orticaria ecc., come pure disturbi a carico dell'apparato respiratorio (tosse epatica, dispnea, falso asma) o circolatorio (bradicardia, pseudoangina pectoris). Disturbi nervosi possono essere rappresentati da cefalea, vertigini, insonnia, tutti però di breve durata e quasi sempre durante il periodo digestivo.

Per quanto riguarda i disturbi digestivi gastro-intestinali, il p. avverte nausea continua, che può provocare anche il vomito, dopo l'ingestione di alcuni alimenti (latte, pesce, uova). Vi è stipsi o diarrea alternate e dimagrimento spesso notevole.

2) *Come affermare che trattasi di affezione della cistifellea?*

Clinicamente, è specie la palpazione che può dare dati molto importanti: il punto di elezione da esplorare è situato sull'intersezione del margine costale col muscolo grande retto-destro. Alcune volte la cistifellea è superficiale, quasi sotto la pelle, altre volte, per palparla occorre affondare le dita sotto l'arcata costale, e far fare all'ammalato profonde inspirazioni. Può essere utile la ricerca del punto epatico dorsale, in corrispondenza della base posteriore del torace, alla XII costola.

Radiologicamente, con l'ingestione della tetraiodofenolftaleina, si può rendere visibile la cistifellea.

Per il contenuto, i calcoli di colesterina sono poco visibili, mentre lo sono quelli che contengono sali di calcio.

Gli esami di laboratorio possono dare utili dati sulla bile, sul sangue, sull'urina.

Per la bile si pratica il sondaggio duodenale secondo la tecnica di Meltzer-Lyon e si ricercano i pigmenti biliari, la colesterina, gli acidi biliari.

Nel sangue si dovrà rilevare l'eventuale aumento del tasso colesterinico; nell'urina è bene ricercare i pigmenti, gli acidi biliari e l'urobilina.

3) *Le tre principali varietà di colecistite.*

La determinazione della varietà di colecistite in causa, costituisce la terza tappa della diagnosi.

Per la colecistite calcolosa, il solo segno sicuro è la constatazione di calcoli nelle feci o allo schermo radiologico, ma oltre a questi segni di certezza, ve ne sono altri di presunzione e che possono essere utilizzati per la diagnosi.

Circa la colecistite semplice, il miglior segno è dato dalla mancanza di calcoli o dalla esagerazione dei così detti sintomi di vicinanza, perchè il processo infiammatorio non si limita alla parete dell'organo, o al suo rivestimento interno, ma si estende agli organi vicini, formandosi così spesso aderenze che imbrigliano la cistifellea ed il cistico.

Può essere interessato il colon, il duodeno, il piloro. Il dolore non ha un carattere nettamente parossistico come nella forma calcolosa; si ha però uno stato d'irritazione quasi permanente del plesso solare, come pure si possono avere delle *poussées* di angiocolite con tutta la sintomatologia relativa.

La terza varietà di colecistite (la dolorosa, senza reazione infiammatoria) è dovuta a cause extravescicolari che si oppongono alla fuoriuscita della bile dalla cistifellea, per cui questa può in alcuni casi, distendersi bruscamente, in altri a poco a poco. Può trattarsi di stenosi del dotto cistico o del coledoco per infiammazione dei dotti stessi, o per sclerosi dei tessuti che sono vicini, oppure l'ostruzione dipende da una pericolecistite o periduodenite. In altri casi si ha ptosi della vescichetta biliare con ripiegamento del dotto cistico.

La colecistalgia si presenta con crisi che hanno la stessa sintomatologia delle altre due forme di colecistite cronica: si hanno le stesse localizzazioni costali, dorsali e scapolari, gli stessi sintomi generali. Insorge però sempre in seguito a circostanze banali, specie di natura meccanica, ed il parossismo doloroso è fugace. Radiologicamente potranno essere messe in evidenza lesioni extravescicolari.

Dal punto di vista terapeutico, una diagnosi precisa è sempre di grande interesse, perchè nella colecistite litiasica a crisi subentranti la cura chirurgica può portare notevole vantaggio; se i sintomi sono invece lievi, è bene praticare la cura medica.

A. POZZI.

Alcune irradiazioni dolorose poco conosciute nel corso delle colecistiti.

(Ramond e Chêne. *Presse Med.*, n. 50 1929).

La patologia biliare, in generale, quella delle colecistiti sopratutto, è essenzialmente proteiforme: i quadri clinici più diversi infatti possono presentarsi ed accanto ai dolori classici per la loro irradiazione, possono aversi irradiazioni dolorose anormali, che pur non essendo di grande frequenza, meritano tuttavia di essere prese in considerazione. Di tali irradiazioni dolorose, due sopratutto hanno attirato l'attenzione degli AA. e precisamente il dolore occipitale ed i dolori all'ipocondrio sinistro nel corso delle colecistiti.

La cefalea occipitale è frequente nei colecistitici litiasici senza accidenti di migrazione, ma può pure riscontrarsi nel corso di reazioni vescicolari d'altra origine e nell'epatismo del tipo Glenard. Queste cefalee banali sono ben conosciute, ma Chiray ha segnalato invece nella colica epatica, dei dolori alla nuca, che egli pone fra le irradiazioni ascendenti ed è appunto di questi che si occupano gli AA.

Sono cefalee francamente occipitali, ma spesso si irradiano verso la nuca, più o meno in basso, alcune volte fino alle prime vertebre dorsali.

La cefalea non è mai di forte intensità, compare al mattino e si attenua progressivamente dopo mezzogiorno.

L'ingestione degli alimenti può esacerbarla e per la sua sede precisa ed appunto per l'insorgenza prima dei pasti, si distingue facilmente dalle comuni cefalee post-prandiali.

Ma il carattere più importante è dato sopratutto dalla evoluzione di questa cefalea: essa scompare con l'irritazione acuta o subacuta della cistifellea che l'ha condizionata, e nei casi di epatismo leggero con coleciste dolorosa, l'azione curativa netta dei colagoghi mette in evidenza le sue relazioni etiologiche.

Il dolore a sinistra nelle affezioni della cistifellea è un po' più noto. Si riscontra sopratutto nelle colecistiti litiasiche, ma può aversi anche nei processi d'irritazione dolorosa della vescichetta biliare (infezione senza calcoli, periviscerite, semplice ptosi).

Esso presenta caratteri differenti a seconda che è provocato o spontaneo: provocato o risvegliato dalla pressione al punto vescicolare, il dolore a sinistra può essere una semplice irradiazione di poca importanza. La sua sede è nell'ipocondrio sinistro, ma può avere il suo massimo d'intensità lungo il bordo costale, o partendo da questa regione estendersi seguendo una verticale parallela alla linea mediana, e distante da questa 2-3 dita trasverse, limitata in alto dalle cartilagini costali, in basso da una linea orizzontale passante per l'ombelico. Qualunque possa essere la sua intensità, difficilmente è paragonabile a quello della colica epatica.

Il dolore spontaneo è meglio conosciuto: può alcune volte sembrare una vera colica epatica a sinistra, ma ciò è raro. Più frequentemente, nel corso di un'affezione vescicolare, il malato accusa dolori all'ipocondrio sinistro, senza alcun carattere parossistico.

Questi dolori spontanei sono, in generale, meno violenti, più sordi, più diffusi che le reazioni provocate e durano più a lungo, potendo persistere a volte per giorni, per settimane intere.

Spesso presentano dei parossismi dolorosi post-prandiali, e come per l'irradiazione occipitale, l'origine vescicolare è dimostrata dall'evoluzione, poichè il trattamento e il miglioramento dell'affezione originaria portano alla scomparsa dei sintomi.

L'interpretazione patogenetica di queste manifestazioni dolorose d'apparenza paradossale, è, *a priori*, delicata.

Per il dolore provocato non può trattarsi che di una irradiazione, simile ai dolori crociati nelle affezioni renali e appendicolari, mentre per i dolori sinistri spontanei, l'interpretazione è stata diversa a seconda degli autori. Alcuni pensano ad uno spasmo gastrico parossistico, altri ad una congestione splenica. La distensione gassosa dell'angolo splenico del colon è stata pure in alcuni casi incriminata.

Secondo gli AA. bisogna considerare invece questo dolore sinistro spontaneo, come una semplice irradiazione riflessa resa possibile dopo che i lavori di Latarjet hanno dimostrato l'importanza del pneumogastrico sinistro nella costituzione del plesso vescicolare.

A. Pozzi.

Le dilatazioni congenite del coledoco.

(Seneque e Tailhefer. *Journ. d. Chir.*, t. 33, n. 2).

L'affezione fu per lungo tempo interpretata e denominata erroneamente come « *restringimento della via biliare principale* », « *cisti congenita del coledoco* ». È relativamente rara: 103 osservazioni note finora.

L'A. ne riassume 82 e ne riporta una personale, in base alle quali tratta diffusamente dell'affezione con la bibliografia al completo.

Il caso personale riguarda una donna di 32 anni che dall'età di 7 mesi soffriva di crisi dolorose all'ipocondrio destro con lieve ittero e feci acoliche. L'E. O. dà solo un'ipersensibilità della regione cistica. Radiografia negativa per calcoli. Intervento con diagnosi di probabile colecistite. Integrità della cistifellea. Esistenza di una grossa sacca dietro l'angolo duodenale superiore. La puntura esplorativa dà esito a bile verde scura. Incisione ed evacuazione di un litro di bile. Esplorando la cavità non si trova alcun punto stenotico. Coledoco-duodenostomia con la 1ª porzione. Guarigione. L'esame istologico di un frammento della sacca mostrò un tessuto fibroso senza rivestimento epiteliale.

Etiologia. Più frequente nelle donne: su 76 casi 60 donne e 16 uomini. La maggior parte dei casi è stata operata prima dei 40 anni di età ma i disturbi iniziano spesso nel primo anno di età. Cause determinanti varie.

Anat. pat. La dilatazione interessa tutta la circonferenza del coledoco, è più o meno estesa in lunghezza e si presenta sotto forma di una grossa tasca a parete sottile, di colore bianco-giallastro che solleva il piccolo epiploon e si prolunga in basso dietro il duodeno-pancreas che solleva pure.

Occorre orientarsi bene durante l'intervento: errori possibili con una idronefrosi o con una cisti del pancreas. Lo scollamento colico e colo-epiploico mostrano l'integrità del rene e del pancreas. La puntura esplorativa dirime ogni dubbio. Su 34 casi controllati all'autopsia in 27 non esisteva alcun ostacolo a valle, in 3 esisteva un inginocchiamento e in 4 un restringimento da sperone del bordo interno della tasca, che l'A. interpreta come valvola di formazione secondaria a somiglianza di quanto avviene nell'idronefrosi e che può spiegare le crisi di ittero intermittente.

La dilatazione invece che sulla via principale può aver sede su uno degli epatici, talora però può interessare tutte le vie extraepatiche e i primi rami intraepatici. Eccezionalmente si hanno dilatazioni parziali, veri « *diverticoli del coledoco* ». Contenuto: bile, da 500 gr. a 8 litri, nera, spessa, talora con calcoli. La colecisti è in genere integra. L'esame istologico mostra un tessuto fibroso con rare fibre muscolari; solo in 4 casi è stato riscontrato un rivestimento interno epiteliale.

Patogenesi. La teoria della ritenzione non può essere sostenuta per quanto si è detto dei reperti di autopsia. Si tratta dunque di vere malformazioni congenite che l'A. riporta alla teoria disembrioplastica.

Sintomi: dolore, ittero, tumefazione. Il dolore, intermittente, simile a quello della colica epatica è stato riscontrato 37 volte su 83 casi. L'ittero di intensità variabile, anch'esso intermittente è stato osservato 52 volte sugli 83 casi. La tumefazione (50 volte su 83), visibile, può estendersi fino all'ombelico, è molle renitente, indolente, lievemente spostabile col respiro; può presentare contatto lombare. Talora più esternamente si può apprezzare un'altra tumefazione che corrisponde alla cistifellea. Sintomi accessori sono la *febbre,* il *dimagrimento,* eccezionalmente l'*ascite.*

Diagnosi molto difficile prima dell'intervento. Si presta a confusione con cisti d'echinococco del fegato, cisti del pancreas, colecistite, calcolosi del coledoco, idronefrosi. Importanti l'inizio dei disturbi nell'infanzia, il sesso, la tumefazione più mediana e più voluminosa di una colecisti distesa. Thomas ha proposto la diagnosi radiologica con l'iniezione endovenosa di tetraiodoftaleina che mostrerebbe a lato della colecisti un'altra tasca contenente bile: tale proposta non ha ancora avuto applicazioni pratiche.

Cura. Su 83 casi 29 guarigioni e 54 morti.

1) *Metodi di drenaggio*: 3 guariti e 31 morti;

2) *Estirpazione*: 3 guariti e 10 morti. Questi due metodi sono assolutamente irrazionali. Praticati per ignoranza dell'affezione dànno sola speranza di sopravvivenza quando si tratti di forme diverticolari o quando l'operatore si accorge in tempo dell'errore per ripararvi con un'epatico-duodenostomia;

3) *Anastomosi bilio-intestinali* è il metodo di scelta e l'unico possibile:

a) in due tempi (prima drenaggio e poi anastomosi): 10 guariti e 7 morti. Dei guariti 7 erano stati trattati con la coledoco-duodenostomia;

b) in un tempo: 12 guariti e 6 morti. Fra i guariti 9 coledoco-duodenostomie.

Dunque la coledoco-duodenostomia sembra l'operazione di scelta.

G. PACETTO.

TERAPIA.

La valutazione clinica dei medicamenti.

(E. S. IRONS. *Journ Amer. Med. Assoc.*, 16 novembre 1929).

Le nostre conoscenze sull'uso delle droghe e degli altri rimedi per la cura delle malattie sono il risultato di osservazioni e studi secolari e sono soggette, oggi come sempre, ad un processo continuo di revisione. Alcuni rimedi hanno raggiunto un posto fisso nella terapia, attraverso lunghi anni di osservazioni cliniche: parliamo della digitale, del mercurio, della chinina. Altri, dapprima usati erroneamente e scartati, come l'antimonio, sono stati ripresi in esame e rimessi in terapia. I princìpi attivi delle erbe e delle droghe conosciute ed usate in medicina da tempo, sono stati isolati mediante adatti metodi chimici. Altri rimedi importanti sono stati scoperti mediante sistematici studi chimici fatti con ricerche sperimentali su animali; così è accaduto per gli arsenobenzoli. Se ne è diminuita dapprima la tossicità aumentandone l'attività introducendo modificazioni nella formula chimica e se ne è tentata in seguito l'applicazione all'uomo. Può accadere, di fatto, che un rimedio sia attivo teoricamente e possa guarire gli animali, ma abbia sull'uomo degli effetti tali che ne sconsiglino l'uso; così è accaduto per l'etilidrocupreina, la quale agisce bene nell'infezione pneomococcica degli animali, ma nell'uomo è sconsigliabile per i suoi effetti sul nervo ottico.

La scoperta e la valutazione di nuovi rimedi è, quindi, un processo complicato connesso con le teorie chimiche, gli esperimenti sugli animali e, finalmente, l'osservazione clinica. L'esperimento sugli animali ed il tentativo di

applicazione all'uomo esigono un numero notevole di osservazioni. Quelle fatte sopra un solo paziente o sopra uno scarso numero mancano del necessario controllo e possono condurre a risultati fallaci. Troppo spesso si trascura l'andamento naturale della malattia e la normale tendenza verso la guarigione. Quanto maggiore è la variabilità negli esiti della malattia, tanto più grande è il numero dei fattori che li influenzano e più difficile è la valutazione sugli effetti dei rimedi usati. Ora, il trascurare gli opportuni controlli costituisce la sorgente principale delle conclusioni cliniche erronee.

Si insiste presso il medico perchè egli provi questo o quel rimedio, non tenendo conto se esso abbia un valore reale o non sia un vecchio rimedio con un nome nuovo e suggestivo, oppure un rimedio, che è stato saggiato con uno scarso numero di prove e che il fabbricante desidera lanciare e provare al tempo stesso. Il progresso nella terapia esige che i nuovi rimedi vengano opportunamente saggiati, ma il pratico, a sua volta, può esigere che, prima di tentare il rimedio sui suoi malati, si siano ottenuti risultati clinici evidenti, in circostanze che garantiscano l'accuratezza scientifica delle prove.

Mode e capricci in medicina.

I recenti progressi delle scienze, delle industrie, nei trasporti, ecc., come hanno modificato il nostro modo di mangiare e di vivere, hanno altresì modificato il nostro modo di pensare, sicchè non ci maravigliamo più di nulla ed accettiamo in buona fede tutto quanto ci viene presentato con una certa apparenza di verità.

Nel 1905, alla sessione di Portland dell'Associazione medica americana, Billings fece una campagna contro le frodi nelle specialità mediche. Attualmente, il pubblico ed i medici sono meglio informati in questa materia, ma il campo della propaganda si è talmente allargato che oggi ogni moda od ogni capriccio viene presentato come una cura sperimentata o raccomandato per la profilassi ad un pubblico apprensivo e suggestionabile. Particolari preparati alimentari, che sono adatti per diterminati disturbi vengono presentati come utili in ogni caso. La ricerca della « linea » da parte del pubblico femminile spinge questo ad usare quelle diete che vanno bene per gli obesi sotto sorveglianza medica ma che, consigliate dai propagandisti della radio ed usate senza discernimento, possono provocare non poco danno.

I progressi nella scienza della nutrizione e gli eccellenti risultati clinici ottenuti con diete adatte nel diabete, nella gotta, nelle malattie renali o gastro-intestinali hanno condotto il pubblico ed anche certi medici ad una cieca fede in qualunque regolarizzazione dell'alimentazione presentata sotto il titolo di dieta. Spesso l'A. è stato consultato da pazienti i quali erano stati consigliati ad eliminare dapprima i carboidrati e poi i grassi e, da ultimo, a ridurre le proteine. D'altra parte, spesso le liste delle diete vanno diventando così complicate che è da domandarsi se il buon senso non sia sostituito dalla fantasia.

La scoperta delle *vitamine* è stata di grande importanza per comprendere e curare le malattie da carenza. Noi dimentichiamo però le circostanze nelle quali le carenze alimentari producono dei sintomi che esigono una cura, sono assai rare ed è del tutto inutile il dare una vitamina antiscorbutica ad un individuo sano che già si nutre con quantità sufficiente di frutta fresca e di vegetali, o di dargli un estratto di riso grezzo per prevenire il beri-beri. Quando la dieta è specialmente ristretta in ragione di particolari esigenze mediche, si comprende l'utilità di dare delle sostanze ricche in vitamina, ma tali circostanze sono ora rare. Alcuni di noi ricordano certamente la comparsa di casi di scorbuto in bambini, in conseguenza della somministrazione di speciali alimenti per bambini.

La dieta mista che si consuma abitualmente nelle case fornisce probabilmente tutte le vitamine necessarie alla salute e non vi è nessuna prova che un eccesso di vitamine sia benefico. Un bicchiere di latte è più efficace e meno costoso che un preparato di vitamina. Malgrado la mirabolante *reclame*, con le relative fotografie dimostrative, il valore dei lieviti per molte delle condizioni per le quali vengono raccomandati è problematico.

Vi è ora una propaganda per un maggior consumo di questo o di quell'alimento: gli aranci, le banane, le mele, ecc. Dal punto di vista medico si può ritenere che tali prodotti siano utili, ma la richiesta di tale approvazione è spesso un pretesto per scopi commerciali ed induce in errore il pubblico, spesso con pessimi risultati.

Così pure, essendosi trovato che la sostanza tiroidea è utile in certe forme morbose, si è concluso che anche i princìpi di altre ghiandole dati per bocca possano resistere ai processi digestivi, venire assorbiti ed agire in senso utile per le deficienze ghiandolari. L'erroneità di tale asserto è ormai bene riconosciuta per l'insulina e l'adrenalina, ma per altri prodotti ghiandolari, si continua la somministrazione per bocca, sulla base di esperienze scarsamente controllate e sostenute da una malintesa tradizione. Osservazioni ancor meno favorevoli vanno fatte per le miscele polighiandolari abilmente lanciate dai fabbricanti, che devono probabilmente la loro efficacia soltanto a piccole quantità di tiroidina che contengono. Queste miscele sono del tutto simili ai famosi decotti del medio evo, di cui l'efficacia venne messa in dubbio già dai medici del secolo XVI.

GLI OBIETTIVI TERAPEUTICI.

Il primo obiettivo della terapia sarà quello di attenersi saldamente ai rimedi di provata efficacia, vedendo di comprenderne meglio l'azione e di usarli meglio. Gradatamente vanno inoltre eliminati dalle farmacopee quei rimedi che l'esperienza viene dimostrando poco efficaci.

Il secondo obiettivo della terapia, la scoperta e la valutazione di nuovi rimedi e di nuovi metodi di trattamento, rappresenta un problema difficile, di cui la soluzione richiede lo sforzo di molti medici. Il verdetto finale deve venire dalle osservazioni dei risultati clinici e vi si arriva spesso, soltanto dopo un periodo lungo di accurato studio, la durata del quale dipende dall'essere il rimedio più o meno efficace. Il valore clinico dell'insulina venne stabilito in un anno dopo la sua scoperta; quello dell'antitossina difterica relativamente presto dopo la scoperta, sebbene ci sia voluto un certo tempo prima che venisse universalmente accettato. Altri rimedi proposti, di cui i primi risultati facevano sperare molto, si dimostrarono inefficaci dopo un lungo periodo di esperimenti e vennero abbandonati.

Il medico che vuole tenersi al corrente dei progressi della sua scienza deve fare in modo che i suoi malati approfittino delle nuove scoperte, ma le sue speranze non devono prevalere sul suo discernimento. Ed egli dovrà quindi trascurare quei rimedi che non danno promesse, per attenersi soltanto a quelli di cui il valore è stato dimostrato da esperimenti clinici condotti con severità scientifica.

FILIPPINI.

Ulteriori osservazioni sulla cura di fegato nella anemia perniciosa.

(W. SCHILLING. *Deutsche Med. Wochenschrift*, n. 41, 1929).

È meglio rinunciare a priori alla somministrazione di fegato crudo perchè esso viene rifiutato da troppi pazienti. D'altra parte le eccessive manipolazioni culinarie diminuiscono il valore terapeutico del fegato, meglio di tutto è far bollire il fegato in una casseruola con poca acqua fino a che esso perde all'esterno il colore rosso e diventa internamente di colore rosa; lo si passa poi attraverso una macchina e liberato dal connettivo e dai vasi, mescolato con brodo, con salse, con purée di mele cotte, ecc., avendo cura di evitare qualsiasi nuovo riscaldamento. Più attivo è il fegato di vitello o di manzo giovane. Il fegato non deve mai essere lasciato per qualche tempo mescolato con altri cibi. Su 80 casi di anemia perniciosa trattati col fegato dopo il febbraio 1928, 50 presentarono guarigione relativa; aumento degli eritrociti fino a sopra 4.000.000. In 20 altri casi si ebbe un buon miglioramento; alla fine della cura in 17 casi 3-4.000.000 di eritrociti, in 3 casi 2-3.000.000 di eritrociti. In un caso la cura prolungata non riuscì a far aumentare gli eritrociti sopra 3-4 milioni. In 5 casi non vi fu miglioramento clinico. Di questi ultimi tre vennero a morte, 2 di essi erano stati però al principio curati male con quantità insufficienti di fegato, nel primo di essi l'autopsia dimostrò una avanzata medullosi funicolare, cistite e broncopolmonite; nel secondo caso, di paziente che per cause psichiche aveva dopo un certo periodo di cura assolutamente rifiutato di prendere fegato in qualsiasi forma, l'autopsia dimostrò un midollo osseo tipicamente anemico pernicioso e noduli confluenti di broncopolmonite. Oltre a questi vennero a morte altri 4 casi, in essi però la morte era dovuta a complicanze mentre l'anemia perniciosa per se stessa era stata favorevolmente influenzata per la cura di fegato: nel primo caso morte per tabo-paralisi complicata, nel secondo caso morte per polmonite, nel terzo caso (curato insufficientemente) medullosi degenerativa, cistite, sepsi, nell'ultimo caso, idronefrosi e broncopolmonite. In quest'ultimo caso si può dire che la cura col fegato si è dimostrata del tutto inefficace; dopo 25 giorni di dieta epatica, 34 % di emoglobina e 1.300.000 di eritrociti. Oltre a questo venuto a morte ancora in un solo altro caso su 81 gli eritrociti erano ancora diminuiti alla fine della cura col fegato. Non si può però parlare di inefficacia della cura di fegato perchè dopo un iniziale miglioramento e dopo nuovo miglioramento in occasione di una ricaduta si manifestarono segni di tubercolosi polmonare e poco dopo la paziente ebbe un avvelenamento da arsenico.

Inefficace si è quindi dimostrata la cura del fegato soltanto in pazienti già sofferenti di gravi complicazioni. Nella maggior parte di casi individui avanzati in età. I molti insuccessi apparenti della cura dell'anemia perniciosa col fegato, sono basati in parte su errori diagnostici (anemie di altro genere e non la vera anemia perniciosa), in parte sull'uso di preparati epatici poco attivi, o inattivi. È bene evitare dosi troppo forti di fegato; controllando il sangue ogni due-quattro settimane si abbassa la dose fino a quel valore che determina un miglioramento, e che mantiene la completa remissione dopo che essa è stata raggiunta.

POLLITZER.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1).

Strümpell-Seyfarth. *Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten.* II vol., 28ª Ediz. Leipzig F. C. W. Vogel, 1929. Mk. 25.

La 28ª edizione del classico trattato dello Strümpell compare ora con la pubblicazione del II volume ed a breve distanza della pubblicazione della 27ª edizione avvenuta l'anno scorso. Ed invero non sembra che alla nuova edizione siano state apportate modificazioni di qualche conto sia nei riguardi della materia trattata sia nel modo col quale essa è stata svolta. Il rapido susseguirsi di una edizione dietro l'altra non tanto è in rapporto con particolari modificazioni delle nostre conoscenze sui vari argomenti quanto con il favore grandissimo incontrato dal trattato stesso. Come nella edizione precedente questo II volume contiene la trattazione delle malattie dei reni e delle vie urinarie, delle malattie degli organi del movimento, delle malattie del sangue, delle malattie delle ghiandole a secrezione interna, delle avitaminosi e delle malattie del sistema nervoso. La veste tipografica e le illustrazioni sono le stesse della edizione precedente.

Trenti.

G. Roussy. *Le cancer.* Nouveau Traité de Médecine. Vol. V (tomo 2°) di circa 800 pagg. con 282 fig. e 4 tavole a colori. Masson e C. Paris, 1929. Fr. 100.

Il volume s'inizia con un cenno storico, nel quale sono seguìte le principali fasi di sviluppo del concetto di cancro in rapporto con quelle della patologia generale, fasi contrassegnate dalle scoperte di nuovi mezzi tecnici o dall'uso di nuovi metodi d'indagine. Vengono ricordati perciò i nomi dei francesi Bichat, Laennec, Dupuitren nonchè quelli tedeschi di Wirchow e Remack.

L'origine parassitaria è esclusa senz'altro dagli AA., i quali invece danno molta importanza ai rapporti fra le condizioni svariate che possono determinare particolari disturbi della vita cellulare per cui si ha la trasformazione carcinomatosa dei tessuti, e le conseguenze dirette di fattori flogogeni.

La parte anatomo-patologica è corredata da numerose figure istologiche, molto istruttive e molto chiare; interessanti capitoli sono quelli sul cancro degli animali e delle piante, sui cancri sperimentali, sulla semeiotica e sulla diagnostica e terapia dei cancri da un punto di vista generale.

L'ultima parte del volume tratta del cancro dal punto di vista medico-sociale e traccia le direttive principali della lotta contro il cancro con particolare riguardo alle organizzazioni anticancerose in Francia.

Un utilissimo indice bibliografico completa il volume.

A. P.

R. Ruge, P. Mühlens, M. zur Verth. *Krankheiten und Hygiene der warmen Länder.* G. Thieme, Leipzig, 1930.

In questo trattato di non grande volume (500 pagine non sono moltissime per il gran numero di argomenti trattati), ma conciso e sobrio nella disposizione dei fatti vengono toccate sia le malattie proprie dei paesi caldi — infettive o d'altra origine — sia le questioni chirurgiche che possono affacciarsi al medico il quale debba esercitare anche la pratica chirurgica nei paesi tropicali.

Un capitolo a cui gli autori hanno dato molta importanza per iniziare lo studio delle varie malattie e che non sempre viene trattato nei manuali classici di malattie tropicali è quello delle condizioni d'ambiente e di vita così diverse dalle nostre che possono favorire l'insorgenza di talune malattie. Questo capitolo e quello della chirurgia nei paesi tropicali, rappresentano la parte più nuova e interessante del libro il quale è anche per la parte di malattie mediche e di dermatologia tropicali degno della massima attenzione e può costituire un utile vade-mecum non solo per il medico che voglia esercitare nei paesi caldi ma anche per noi che talvolta dobbiamo diagnosticare e curare tali malattie.

Il libro è completato da circa 500 illustrazioni e tavole alcune delle quali a colori redatte con molta cura ed eleganza.

V. Ghiron.

Wiener Archiv f. innere Medizin. Vol. XVII, n. 3. Un vol. in-8°, di 153 pag. Urban e Schwarzenberg ed. Wien, 1929. Prezzo Mk. 12.

Questa puntata, che completa il XVII volume di questi Archivi, contiene i seguenti lavori. *L'ipotensione* (A. Strasser e W. Löwenstein). *Il ricambio dei grassi nei tessuti periferici* (W. Raab). *La pituitrina ed il ricambio dell'acqua*: *l'acqua del sangue e la diuresi* (W. Raab). *L'influenza del bisolfito di sodio sull'acetonemia e l'acetonuria* (O. Pueskо). *La sensibilità alla tubercolina nell'età senile* (A. Müller-Deham e H. Joki). *Un regolo calcolatore per le ricerche sul ricambio respiratorio* (F. Stengel).

fil.

Guglielmo Bilancioni. *Sulle rive del Lete. Rievocazioni e ricorsi del pensiero scientifico italiano.* Vol. in-8° di 346 pagine. Roma, Libreria di Scienze e Lettere del dott. G. Bardi, 1929. Prezzo L. 60.

Il nuovo lavoro del prof. Bilancioni contiene una serie di studi collegati da un unico pensiero direttivo, che anima queste pagine di

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

storia della scienza e di problemi colturali della nostra epoca. Il libro è diviso in due parti. In esse si profilano figure somme di nostri grandi: da Bartolomeo Eustachi a Malpighi e Redi; da Valsalva a Gian Maria Lancisi, da Cotugno a Caldani, da Galvani a Michele Rosa e Maurizio Bufalini, da Spallanzani a Giovanni Rasori. La varietà della materia rende seducente e di vivo interesse la lettura di questo libro, che si chiude con dei capitoli appassionati sulla storia della scienza e nazionalismo, sui rapporti fra gli uomini e le forze colturali. Libro ricco d'idee e di dati di fatto, forma un elevato contributo alla propaganda severa e nobile della imperitura idea italiana.

A. P.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 29 novembre 1929.

Presidente: Prof. V. ASCOLI.

Spasmo bilaterale del diaframma.

Prof. ASCOLI. — Presenta una malata di 30 anni affetta da spasmo bilaterale del diaframma che perdura ininterrottamente da due mesi, manifestandosi anche nel sonno. L'ammalata presenta una infiammazione pleurica diaframmatica che si è riverberata sui nervi frenici, i quali sono dolenti alla pressione. È questa la causa dello spasmo il quale è altresì mantenuto da condizioni nervose preesistenti.

Azione dell'acetato di tallio sul sangue.

Dott. P. TESTONI. — Poichè gli avvelenamenti da acetato di tallio, ed anche la semplice somministrazione per uso depilatorio, determinano uno spiccato pallore del volto che può permanere per mesi, l'O. si è domandato se ciò non derivasse da un'azione del farmaco sul sangue, similmente a quanto accade pel piombo.

Sistematiche ricerche condotte a questo scopo, hanno dimostrato che l'avvelenamento acuto o cronico da acetato talloso non determina alcuna lesione a carico degli eritrociti e, sopratutto, non provoca la comparsa in essi di granulazioni basofile.

Tipi e virulenza dei pneumococchi nella polmonite.

Prof. E. TRENTI. — L'O. ha studiato 9 casi di polmonite da pneumococco isolando i tipi I, II, III del germe. Saggiando la virulenza dei diversi ceppi nel coniglio, egli non ha ritrovato diversità rispetto ai tipi, ma ha dimostrato invece differenze rispetto al momento dell'isolamento; infatti i pneumococchi isolati nei primi due giorni di malattia sono risultati molto virulenti, mentre quelli isolati più tardi hanno dimostrato una certa attenuazione, ed infine uno pneumocco isolato dopo la crisi non uccise il coniglio. La virulenza fu invece sempre elevata pel topolino.

Altra osservazione di grande interesse posta in rilievo dall'O., consiste nel fatto che in 5 casi di polmonite verificatisi in una collettività di giovani conviventi, e quindi a carattere di focolaio epidemico, non venne riscontrato un solo tipo di pneumococco, bensì tutti e tre i tipi.

Secondo l'O. non sembra esistere nessun nesso fra la gravità del tipo clinico ed il tipo di pneumococco.

La cura dietetica della tubercolosi mediante il metodo Gerson.

Prof. F. VALAGUSSA. — L'O. dopo aver ricordato che i capisaldi di tale dieta sono: 1) l'abolizione del cloruro di sodio; 2) l'abbondanza delle vitamine; 3) il tipo acidogeno delle diete; 4) la ricchezza in componenti mineralizzanti, passa a riferire sui risultati che ha potuto osservare nel padiglione di Sauerbruch, annesso alla Clinica Chirurgica della Charité a Berlino, ed in altri riparti ove si pratica la stessa cura. Tali risultati sono effettivamente confortanti e l'O. si augura che simili organizzazioni possano trovar luogo anche in Italia, specialmente nell'ambito dell'Opera Nazionale della Maternità e dell'Infanzia.

L'alimentazione di Gerson - Hermannsdorfer - Sauerbruch nella cura del lupus volgare.

Dott. G. SANTORI. — L'O. avendo frequentato il Padiglione dietetico annesso alla Clinica Chirurgica di Sauerbruch a Berlino, la Clinica Dermosifilopatica della Charité a Berlino, il Riparto Dermatologico dell'Ospedale Civile di Virchow ed il Sanatorio per luposi di Giessen, riferisce ampiamente sugli eccellenti risultati ottenuti nel lupus volgare mediante l'applicazione della dieta G. H. S. In pochi mesi si ha una modificazione dello stato iperemico-edematoso attorniante i noduli, ed una regressione dei noduli con formazioni di cicatrici piatte, esteticamente favorevoli.

La terapia epatica nell'anemia da neoplasmi.

Prof. R. BRANCATI. — L'O. ha utilizzato, a similianza di quanto è stato fatto nell'anemia perniciosa ed in altri tipi di anemia, la terapia epatica in 14 casi di anemia da cancro ed ha ottenuto aumento del numero delle emazie fino alla normale ed anche al disopra, del tasso di emoglobina, del numero dei leucociti con prevalenza dei linfociti ed un miglioramento delle condizioni generali che ha permesso alle volte un intervento operatorio altrimenti sconsigliabile.

Innesti eterogenei di tumori.

Prof. R. BRANCATI. — L'O. seguendo il concetto dell'importanza della reazione linfocitaria difensiva e del substrato anatomico ricco di colesterina favorente lo sviluppo ha innestato nel cervello di ratti poltiglia di tumori umani ottenendo sempre risultati negativi contrariamente a quanto hanno osservato Shirai, Murphy ed altri nei trapianti eterogenei dal topo al ratto.

Il Segretario: V. PUNTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Diagnosi dell'adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare.

Questa diagnosi viene invero posta con troppa facilità spesso in casi in cui non esiste affatto la lesione in parola. Ciò deriva in gran parte dal fatto che la principale parte dei segni clinici e radiologici di questa affezione sono stati lanciati nei trattati di patologia senza il sufficiente controllo anatomo-patologico. Ciò è accaduto purtroppo anche per la radiologia che doveva restare il metodo più semplice e più utile per questa diagnosi. (Su questo punto ha già da molti anni nelle sue lezioni di clinica radiologica, richiamato l'attenzione il nostro Busi che ha anzi, con frase felicissima, stigmatizzato la faciloneria di certe diagnosi basate sulla velatura apicale, sulle strie partenti dell'ilo, e sulle ombre ilari ingrandite, chiamando questa « la triade degli incompetenti »! *N. d. R.*).

Armand-Delille, Lestocquoy e Vibert (*Bull. de l'Acad. de Méd. Paris*, n. 15, 1929) richiamano nuovamente l'attenzione su questo problema. Con controlli anatomo-patologici a mezzo di tagli frontali od orizzontali in serie e con confronti di radiogrammi essi confermano pienamente i dati su ricordati.

Circa i segni funzionali solo due conserverebbero un certo valore; e solo nel lattante: il *cornage* espiratorio e la tosse bitonale di Marfan.

Circa ai segni fisici, le zone di ottusità di Guéneau de Mussy e Baréty corrisponderebbero più a lesioni del parenchima che a fatti adenopatici. Il soffio interscapolo vertebrale è fisiologico specie nei bimbi magri.

Il segno d'Espine non avrebbe valore sicuro. La radioscopia e la radiografia sole avrebbero valore sicuro. Si devono eseguire due pose: una di faccia (dorso-ventrale direbbe la Scuola Romana) ed una di profilo (latero-laterale) per esaminare lo spazio retrocardiaco.

L. Tonelli.

Anomalie stetoscopiche sul focolaio della arteria polmonare nelle sinistrocardie dei tubercolotici.

Assai frequenti sono le ectopie del cuore prodotte nei tubercolotici da sclerosi pleuropolmonare retrattile che accompagna l'evoluzione cronica delle lesioni.

Nessuno prima di B. Burnaud (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 ottobre 1929) ha però messo in rilievo le anomalie acustiche che si riscontrano all'esame di questo organo in tali condizioni. Nelle destrocardie si verificano solo modificazioni nella sede dei toni e delle vibrazioni cardiache. Nelle sinistrocardie invece l'A. ha riscontrato un « clangor » diastolico sul focolaio supposto della a. polmonare; uno sdoppiamento del secondo tono e, segno il più importante, un soffio ascoltato sul focolaio acustico classicamente attribuito alla polmonare. Tale soffio si riscontra nella metà dei casi circa di deviazione a sinistra del peduncolo arterioso: è prevalentemente sistolico e non si propaga al di là del focolaio di produzione.

L'A. spiega lo sdoppiamento del secondo tono con l'accentuazione patologica di un difetto di sincronismo nella chiusura delle sigmoidi aortiche e polmonari e il « clangor » diastolico con l'ipertensione regnante in molti tubercolotici fibrosi, nel dominio della piccola circolazione.

Il soffio sistolico invece sarebbe la conseguenza di una modificazione nella disposizione anatomica e nei rapporti normali dell'arteria.

Infatti la superficialità dell'arteria e i suoi stretti rapporti con l'arco aortico sembrano predisporla nel caso di ectopia anche lieve a delle leggere gomitature suscettibili di produrre modificazioni della corrente sanguigna sufficienti a produrre l'apparizione di un soffio.

Solo qualche autopsia potrebbe con sicurezza avvalorare questa ipotesi.

Comunque resta all'A. il merito di aver dato la descrizione completa di un importante dato semeiologico finora ignorato.

Vicentini.

CASISTICA.

Acloridria ed anemia perniciosa.

In una conferenza tenuta a Londra, W. B. Castle di Boston (rif. in *British med. Journ.*, 22 giugno 1929) ha messo in luce i rapporti fra acloridria ed anemia perniciosa. La prima si trova sempre nell'anemia perniciosa e spesso precede di anni la comparsa di questa. È interessante vedere che anche altre condizioni che danno acloridria, come il carcinoma gastrico, danno spesso il quadro dell'anemia perniciosa; così pure in casi di gastrite cronica alcoolica. L'anemia perniciosa si sviluppò anche in tre casi, operati in cliniche diverse di asportazione totale dello stomaco, senza che la metastasi cancerigna od emorragie la potessero spiegare. L'A. ha anche osservato sviluppo di anemia perniciosa in un ragazzo di 13 anni, età in cui tale malattia è rara; gli estratti epatici diedero miglioramenti, ma avendosi sintomi gastrici inquietanti, si procedette all'operazione e si trovò un'occlusione pilorica da ghiandole tubercolari, che aveva prodotto l'acloridria.

La somministrazione degli estratti epatici nell'anemia perniciosa migliora il quadro sanguigno, ma lascia immutata l'acloridria. Si pensa ora che l'anemia perniciosa sia una ma-

lattia da carenza e l'A. emette l'ipotesi che essa sia prodotta dal fatto che nei pazienti con acloridria, non si possano ottenere dalla digestione delle proteine certi princìpi necessari.

Egli ha potuto dimostrare ciò nel modo seguente. Ha somministrato della carne di bue ad un individuo normale (300 grammi) e, dopo averla lasciata per 45 minuti nello stomaco l'ha estratta e l'ha introdotta per mezzo di una sonda nasale nello stomaco di pazienti con anemia perniciosa. Ha ottenuto in tal modo gli stessi risultati terapeutici che col fegato, ottenendo anche, come con questo, la formazione di emazie giovani (reticolociti). La carne, da sola, o dopo tenuta in termostato con acido cloridrico e pepsina, è stata inefficace.

Si tratta quindi di una digestione della proteina fatta per mezzo di un enzima in un mezzo acido, ma probabilmente soltanto la pepsina umana è efficace in questo senso. L'A fa poi un parallelo fra diabete ed anemia perniciosa. Nel primo è il pancreas che è in causa e provoca un difetto fisiologico nel metabolismo interno degli idrati di carbonio; nell'anemia perniciosa, il difetto consiste nell'elaborazione esterna della proteina e l'organo difettoso è lo stomaco.

fil.

Gomma dello stomaco.

La sifilide dello stomaco è una rara affezione che rappresenta meno dell'1 % della sifilide viscerale. La letteratura contiene 200 casi di sifilide dello stomaco ma molti di essi sono dubbi.

Mark S. Shaine (*Med. Journ. and Rec.*, 1928, luglio) riferisce un caso evidente di gomma dello stomaco. Il p., un uomo di 53 anni, era sofferente da circa due anni per un forte dolore all'epigastrio che insorgeva dopo ingestione di cibi e persisteva per diverse ore.

All'esame obiettivo si trovò assente il riflesso rotuleo ed il pupillare. L'esame dell'addome era negativo ad eccezione di una vaga sensazione di una massa intorno all'ombelico. L'esame radiologico mostrò un vasto difetto di riempimento occupante circa un terzo dello stomaco. Il vuotamento dello stomaco era rapido, cosicchè dopo sei ore non c'era residuo alcuno. La reazione di Wassermann risultò fortemente positiva.

Al trattamento antiluetico seguì un rapido miglioramento. Il paziente aumentò in peso, i suoi disturbi gastrici diminuirono di intensità e l'esame radioscopico mostrò diminuzione nel difetto di riempimento.

Ventidue mesi più tardi il peso del p. era cresciuto di 22 libbre e tutti i sintomi gastrici erano scomparsi. Anche la W. R. fu riscontrata un po' meno intensamente positiva.

VICENTINI.

Appendiciti false e vere durante l'amebiasi.

P. Carnot (*Journ. des praticiens*, 14 aprile 1928) osserva che raramente (in Francia) si notano delle amebiasi appendicolo-cecali con sintomatologia tifo-appendicolare ad andamento di perforazione. L'operazione è talora inevitabile, ma è gravissima per il carattere necrotico delle lesioni amebiche. Ad ogni modo, un trattamento medico energico, per via endovenosa, sarà da farsi non appena posta la diagnosi di amebiasi.

Assai più spesso, si osservano delle amebiasi larvate, che simulano l'appendicite e sono, come essa, operate. In tali casi, invece, l'operazione è inutile, poichè la cura medica (emetina, arsenicali, yatren) risultano efficaci, mentre invece l'atto operatorio potrebbe determinare un attacco acuto di amebiasi.

Si deve dunque diffidare, non soltanto delle amebiasi sconosciute, a cui non si pensa mai abbastanza, ma anche della tendenza attuale di sospettare sempre l'appendicite e di operare in conseguenza.

Il trattamento medico, in tali casi, è sicuro e rapido ed è la vera pietra di paragone. Lo si istituirà sempre per una settimana prima di procedere all'operazione per l'appendicite, quando si abbia il sospetto di amebiasi.

fil.

I “carcinoidi„ dell'intestino tenue e dell'appendice.

Sono maligni o no i carcinoidi dell'intestino? Nella letteratura si trovano molti casi in cui si afferma questo carattere di malignità, ed è certo che essi dànno spesso metastasi. Dalh (*Nork Magazin f. haegevidenskapen*, vol. XC, n. 3, 1929) insiste sulla benignità relativa dei carcinoidi e delle loro metastasi, tumori che non darebbero altri disturbi che i meccanici. L'A. riporta 3 osservazioni clinico-anatomiche. Nel primo caso, il p. fu operato di resezione intestinale per ileo, il tumore si comportò in un modo del tutto benigno, con accrescimento lentissimo. Negli altri due casi i disturbi furono ugualmente d'indole meccanica pure essendo stati prodotti da grosse metastasi. L'esame istologico di queste dimostrò un andamento benigno: regolarità perfetta delle cellule, non mitosi, non reazione dei tessuti vicini.

L'A. accetta la teoria istogenetica di Masson, e crede che si debba fare una certa attenzione alla coesistenza frequente del carcinoide con la tubercolosi, sebbene non osi da ciò concludere per la origine solo infiammatoria del tumore.

L. TONELLI.

Turbe intestinali consecutive a cure dimagranti.

Fra i numerosi disturbi che possono determinare le cure dimagranti, fatte incosciamente o troppo prolungate, per pura *coquetterie*, occorre tener presenti le turbe gastro-intestinali.

Rickl (*Mediz. Klin.*, n. 26, 1928) ha avuto modo di osservarne quattro casi. I sintomi anzitutto sono quelli di una colite del colon ascendente: dolore spontaneo nella regione cecale, stipsi o diarrea, feci pastose o mucose, anoressia persistente, che in un caso, si associava ad achillia gastrica completa.

L'origine di questi accidenti si ritrova a volte nei purganti a base di aloe, di senna, di cui i malati fanno abuso nel corso della cura. Ma le turbe possono osservarsi anche in malati che non hanno preso alcun medicamento, e che si sono solo imposti un ristretto regime alimentare.

Così una donna di 36 anni, che non mangiava che carne e beveva the, e aveva soppresso completamente i farinacei, era dimagrita di 18 Kg. in 2 mesi e mezzo.

Poco dopo cominciò però ad accusare dolori alla fossa iliaca destra, nausee, anoressia completa, mentre le feci divennero diarroiche e mucose. Il ceco ed il colon ascendente erano dolenti alla pressione.

Il regime abitualmente prescritto nelle coliti, insieme all'opoterapia pancreatica, portarono alla scomparsa dei disturbi, mentre l'anoressia persistette ancora per molto tempo, nè la malata riacquistò più il suo peso.

In questi casi la modificazione della flora intestinale, provocata dal regime esclusivo, le turbe delle secrezioni interne e la dispepsia pancreatica, spiegano i fenomeni patologici.

A. Pozzi.

Patologia del diverticolo di Meckel.

La patologia del diverticolo di Meckel, come riferisce A. Alhaique (*Rinasc. Med.*, n. 7, 1929) è ancora oscura.

Esso è costituito dal canale vitellino, presente nell'embrione, e che al terzo mese si oblitera e si riassorbe. Se in alcuni casi esso resta pervio allora si ha una fistola ombelicale nel neonato, da cui escono bolle di gas e muco più o meno tinto di materie fecali.

Vi può essere talora una persistenza parziale del canale, il quale può presentare tre eventualità: o essere completamente obliterato, costituendo un cordone fibroso tra l'intestino tenue e l'ombelico, causa possibile di strozzamento dell'intestino nell'età adulta; o essere permeabile verso la parte ombelicale, costituendo una fistola cieca ombelicale; od infine restar pervio verso il segmento aderente all'ileo, a distanza di cm. 15-30 dalla valvola ileo-cecale, costituendo il diverticolo di Meckel.

Esso si trova presente nel 2 % delle autopsie fatte, e può dar luogo a diverse lesioni, fra cui ricordiamo: casi di strozzamento interno e consecutiva peritonite; ernia semplice con diverticolo strozzato; volvulo per torsione del diverticolo su se stesso; attorcigliamento della parte fibrosa del diverticolo attorno ad anse intestinali; inginocchiatura, trazione, intussuscezione dovute al diverticolo.

A queste alterazioni di natura meccanica, si devono aggiungere le forme infiammatorie, le diverticoliti, talora con presenza di ulcere emorragiche, per la presenza di rami terminali dell'arteria onfalo-mesenterica, e dell'ulcera peptica nel diverticolo, affezione molto rara a riscontrare.

Da questo rapido riassunto si ricava che nelle forme di occlusione intestinale acuta, e nelle forme dolorifiche dell'addome, febbrili, allorchè si può escludere un'affezione dell'appendice, bisogna pensare all'esistenza del diverticolo di Meckel, il quale può produrre una lesione a carattere meccanico, infiammatorio acuto, ulcerativo.

L'indagine radiologica può fornire utili indicazioni in simili casi.

Carusi.

TERAPIA.

Il trattamento dietetico della piuria nei bambini.

H. Aron e H. Hirsch (*Monatsschrift f. Kinderheilkunde*, giugno 1929) sostengono che la piuria nei bambini non va trattata come una malattia locale, ma come un'affezione generale di tutto l'organismo e che l'uso dell'esametilentetramina è paragonabile a quello che faceva del calomelano, un quarto di secolo fa, per le malattie gastro-intestinali. Si pensava allora che in un bambino con un catarro-intestinale, si dovesse disinfettare l'intestino, come si ha oggi intenzione di disinfettare l'apparato urinario. Ed il calomelano e l'urotropina hanno la stessa azione; il primo irrita chimicamente l'intestino e produce una secrezione di muco eventualmente misto con sangue; così pure l'urotropina irrita i reni e, talvolta provoca ematuria. Il medico che somministrava il calomelano otteneva talvolta dei buoni risultati, ma è noto che la disinfezione immaginaria che in tal modo si riteneva di ottenere è del tutto superflua. Le stesse osservazioni possono farsi al riguardo dell'urotropina o di altri così detti disinfettanti urinari ed il medico che li somministra si trova ancora sotto l'influenza dell'era batteriologica o di una malintesa chemioterapia. Esempi di guarigione consecutiva alla somministrazione di urotropina o malgrado essa non mancano, perchè questi bambini possono guarire anche col semplice riposo a letto e con la somministrazione di abbondanti quantità di liquidi.

Durante gli ultimi 5 anni, gli AA. non hanno mai somministrato antisettici per bocca, nè irrigazioni a bambini con piuria, limitandosi al trattamento dietetico, consistente nel dare una quantità di carboidrati tale da supplire quasi del tutto ai bisogni di calorie. Ai bambini più grandicelli, si dà della melassa, ai piccoli una miscela di melassa e di destrosio, ai lattanti una soluzione di destrosio. Per questi ultimi, si danno 20-25 grammi di destrosio per kg. di peso; per i più grandicelli, la proporzione è abbassata a 10-15. Non si

danno più di 250 grammi nelle 24 ore. Lo zucchero si dà con succhi di frutta o disciolto in acqua od in caffè di cereali od in tè fatto con foglie di uva ursina, somministrando almeno 1 litro di liquido e nei grandicelli 1, 1 e 1/4 a 1 e 1/2. Se la soluzione di zucchero non può essere somministrata per bocca, la si dà per clistere da trattenersi, modo di somministrazione che, specialmente nei bambini piccoli sarebbe il più efficace nelle forme gravi di piuria.

Gli AA. non esitano a mantenere i piccoli malati a dieta esclusivamente di zucchero per 2-3 giorni. In 39 casi, così trattati non hanno mai osservato glicosuria ed hanno ottenuto risultati migliori che non con i disinfettanti.

fil.

Nell'incontinenza di urina dei bambini.

J. Comby (*Journ. de méd. de Paris*, 11 luglio 1929) consiglia quanto segue:

1) Vita all'aria libera, in piena calma; non eccitazioni fisiche, nè fatiche psichiche, non giuochi violenti. Cambiamento d'aria, vita in campagna, al mare, in montagna, cura eliomarina.

2) Alimentazione più vegetariana che carnea; niente vino, sidro, birra, niente caffè, nè tè forte; bere dell'acqua od un infuso in quantità moderata (un bicchiere od una tazza per pasto). Alla sera, pasto secco. Niente alimenti drogati, acidi, eccitanti, indigesti. Mangiare lentamente, masticando bene.

3) Idroterapia calda o fredda a seconda degli individui; doccie tiepide o calde, senza pressione; al mattino ed alla sera, versare sul corpo dell'acqua a 34°, 36°, 38°; in seguito, frizioni secche, senza alcool, nè acqua di Colonia, con un guanto di crine. Nei casi ribelli, sostituire la doccia con un lenzuolo bagnato, per mezz'ora, mattino e sera; il lenzuolo viene immerso in acqua fredda, strizzato, disteso sopra una coperta di lana, arrotolando il tutto attorno al corpo.

4) Prendere, sera e mattina, al momento di andare a dormire, V gocce della seguente soluzione, in un cucchiaio di acqua zuccherata: Solfato di atropina, *un cg.*, in Acqua bollita g. 10. Aumentare di una goccia ogni sera, fino a X, XV, XX, secondo l'età e la tolleranza.

Se l'incontinenza è diurna, prescrivere una goccia tre volte al giorno ed aumentare di una goccia alla volta ed al giorno, fino a XII, XV, XVIII, XXI per le 24 ore.

5) Se l'atropina non dà buoni risultati, prescrivere l'acido fosforico, secondo la formula di Joulie:

Acido fosforico officinale	g.	17
Fosfato di sodio	»	34
Acqua distillata	»	200

A cucchiaini da caffè o da frutta, secondo l'età, tre volte al giorno prima dei pasti.

fil.

La cura di alcune ritenzioni urinarie per mezzo della sezione dei nervi ipogastrici.

Richer V. (*Journ. d'Urol.*, luglio 1929) osserva come in alcune ritenzioni urinarie, più frequenti nelle donne, è facile mettere in evidenza l'assenza d'ogni causa locale e dimostrare la presenza di un disturbo d'innervazione della muscolatura vescicale, che può essere localizzato sia nel midollo spinale, sia nel plesso ipogastrico o nelle sue branche. In questi casi l'iniezione di 1 cmc. di pilocarpina, all'1 ‰, determinerà la contrazione vescicale ed il vuotamento della vescica. Spesso, nello stesso tempo, si ha pure una atonia e dilatazione colica, che si aggiunge alla distensione vescicale: abbiamo cioè una sindrome a carico del simpatico addominale. L'A. ha osservato appunto un caso simile che chiama « Atonia colo-vescicale ».

Si trattava di una donna di 50 a. colpita improvvisamente da ritenzione vescicale, e cateterizzata giornalmente per un mese, nella quale si potette escludere ogni lesione locale, ed in cui esisteva inoltre una enorme dilatazione colica. Nessun segno midollare tabetico, nè da morbo di Pott.

La prova della pilocarpina fu positiva. La sezione dei due nervi ipogastrici, prima del loro ingresso nel plesso ipogastrico, determinò un risultato immediato eccellente, poichè la minzione subito si ristabilì, e si mantenne normale in seguito. L'osservazione merita di richiamare la nostra attenzione.

V. LOZZI.

RUBRICA DELL UFFICIALE SANITARIO

L'esercizio abusivo delle professioni sanitarie e la disciplina delle arti ausiliarie.

Il divieto, sancito dall'art. 52 del T. U. delle leggi sanitarie, dell'esercizio di professioni sanitarie per parte di persone sprovviste del relativo diploma di laurea o di abilitazione, o che non avessero ottemperato all'obbligo della registrazione del diploma stesso presso l'ufficio comunale, era accompagnato da sanzioni punitive che non corrispondevano più alle necessità di un'efficace repressione dell'esercizio abusivo. Non sono stati rari i casi, anche recenti, di individui che, sforniti del prescritto titolo professionale, si spacciavano per medici, dentisti, ecc., sorprendendo la buona fede dei clienti, e talvolta perfino quella di pubbliche amministrazioni.

Da tempo, perciò, i più autorevoli esponenti della classe sanitaria, nella stampa e nei congressi, invocavano un maggior rigore di legge per infrenare questa illecita forma di attività, che costituisce una minaccia permanente per la pubblica salute.

Occorreva da un lato accrescere le sanzioni punitive per gli esercenti abusivi, e dall'altro

disciplinare le arti sanitarie ausiliarie, cioè quelle che concorrono, colla medicina, nella assistenza e nella cura degli infermi. Il maggior numero degli esercenti abusivi si recluta, infatti, in questa categoria di professionisti, i quali spesso, per desiderio di lucro, si inducono ad invadere il campo dei medici veri e propri, talvolta purtroppo colla benevola acquiescenza di sanitari poco scrupolosi, che coprono, coll'etichetta del proprio diploma, la irregolare attività di chi non lo possiede. Per alcune forme di tale attività si era arrivati al punto da leggere nelle quarte pagine dei giornali offerte di *prestanome* per gabinetti dentistici e farmacie.

A tale deplorevole stato di cose hanno posto riparo due leggi emanate dal Governo Nazionale: la legge 6 maggio 1928, n. 1074, sulla repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie e la legge 23 giugno 192 n. 1264, sulla disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie, col relativo regolamento approvato con R. decreto 31 maggio 1928, n. 1334.

La legge 6 maggio 1928. Questa legge stabilisce una multa da L. 500 a L. 2000 per chi esercita una professione sanitaria senza il possesso del regolare titolo professionale; in caso di recidiva la pena è la detenzione da uno a tre mesi e la multa da L. 2000 a L. 5000, il materiale adoperato per commettere il reato è confiscato. In attesa della decisione dell'Autorità giudiziaria il Prefetto può ordinare la chiusura del locale di esercizio e il sequestro del materiale adoperato. Le stesse sanzioni penali valgono per colui che, essendo autorizzato ad esercitare una professione sanitaria, presta comunque il suo nome o la sua attività professionale allo scopo di permettere o di agevolare l'esercizio abusivo.

La condanna ha per effetto la sospensione dall'esercizio professionale per un periodo di tempo uguale a quello della pena inflitta. Con ammende minori è punito l'esercente che, pur essendo munito del titolo professionale, non possiede gli altri requisiti richiesti dalle vigenti disposizioni per l'esercizio della professione.

La legge 23 giugno 1927. Questa legge sottopone a particolari norme l'esercizio di alcune arti che rappresentano un necessario complemento della medicina e chirurgia. La mancanza di una disciplina giuridica per tali forme di attività professionale, costituiva una vera lacuna nella nostra legislazione, la quale è informata al principio della vigilanza su tutte le professioni od arti che, direttamente o indirettamente, possono aver rapporto colla pubblica salute.

La legge istituisce l'obbligo di munirsi di una speciale licenza, e di aver raggiunto la maggiore età, per esercitare le arti dell'*odontotecnico*, dell'*ottico*, del *meccanico ortopedico ed ernista* e dell'*infermiere*, comprendendo in quest'ultima categoria anche i capi bagnini degli stabilimenti idroterapici ed i massaggiatori.

L'esercizio di tali arti, da parte di chi è sprovvisto di licenza, è considerato come abusivo e passibile di pene pecuniarie (multa da L. 200 a 500) ed, in caso di recidiva, anche di detenzione (detenzione da 15 a 30 giorni e multa da L. 500 a 1000). Il materiale che ha servito, o che fu destinato, a commettere il reato è confiscato. In attesa della decisione dell'Autorità giudiziaria il Prefetto può ordinare la chiusura del locale di esercizio ed il sequestro del materiale. È punito anche colui che, essendo munito di regolare licenza, presta comunque il suo nome, ovvero la sua attività, allo scopo di permettere o di agevolare il reato di esercizio abusivo.

Per ottenere la licenza prescritta dalla legge è obbligatoria la frequenza di appositi corsi, da istituirsi per R. decreto; per coloro che già esercitano da due anni la professione, è ammessa la concessione di un certificato di abilitazione, rilasciato in seguito a prova di idoneità dinanzi ad una speciale commissione. Particolari disposizioni riguardano gli infermieri in possesso di diplomi dell'Autorità militare o marittima, della Croce Rossa Italiana, delle Scuole-convitto per infermiere, ecc.

Il decreto 31 maggio 1928, n. 1334 detta le norme regolamentari per l'applicazione della legge. Accenniamo a quelle che più direttamente possono interessare gli ufficiali sanitari.

La licenza e i certificati di abilitazione debbono essere registrati presso il Comune, in cui il titolare intende stabilire il suo abituale esercizio (art. 3); la registrazione deve esser notificata al medico provinciale. È importante la disposizione per la quale la registrazione è subordinata alla presentazione del certificato di nascita, comprovante che il titolare ha raggiunto l'età di anni 21, e del certificato penale, da cui risulti che esso non ha riportato condanne passate in giudicato a pene restrittive della libertà personale per la durata di oltre tre mesi, per delitti contro il buon costume, contro le persone e contro la proprietà o che, avendone riportate, non abbia ottenuto la riabilitazione. Se un esercente riporta una di tali condanne, che l'Autorità giudiziaria deve segnalare al Comune, questo provvederà al ritiro della licenza ed alla cancellazione della registrazione. Il Prefetto deve ordinare, con effetti immediati, la cancellazione della registrazione della licenza, o del certificato di abilitazione, di quelli esercenti che abbiano riportato più di una condanna per esercizio abusivo o che risultino notoriamente e abitualmente dediti all'ubriachezza (art. 19). Salvo in speciali circostanze (fiere, mercati, ecc.), per le quali l'Autorità di pubblica sicurezza dovrà rilasciare apposita autorizzazione, è vietato l'esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie nelle pubbliche vie o piazze (art. 9).

Gli *odontotecnici* sono autorizzati unicamen-

te a costruire apparecchi di protesi dentaria su modelli tratti dalle impronte loro fornite da medici-chirurgi o da dentisti abilitati. È loro vietato esercitare, anche in presenza o in concorso del medico o del dentista, alcuna manovra nella bocca del paziente (art. 11).

Gli *ottici* possono confezionare, apprestare e vendere al pubblico occhiali o lenti soltanto su prescrizione del medico, a meno che si tratti di occhiali protettivi o correttivi dei difetti semplici di miopia o presbiopia, esclusi l'ipermetropia, l'astigmatismo e l'afachia. È ammessa la riparazione o il cambio, senza prescrizione, di lenti presentate dal cliente e la ripetizione della vendita in base a prescrizioni precedenti (art. 12).

I *meccanici ortopedici ed ernisti* possono rilevare misure e modelli sul paziente soltanto su prescrizione del medico, allestire apparecchi in base ai rilevamenti fatti, provare gli apparecchi in via di allestimento. L'applicazione degli apparecchi allestiti può essere eseguita dal meccanico soltanto dietro collaudo del medico prescrivente, collaudo risultante, o dalla presenza del medico stesso all'atto dell'applicazione, o da una sua dichiarazione scritta (art. 13).

Per gl'*infermieri* il regolamento distingue gli atti vietati da quelli che essi possono compiere sotto il controllo del medico, od in seguito a sua prescrizione (articoli 14, 15, 16). Sono vietati gli atti operativi, cruenti o incruenti, di qualsiasi portata, compresi fra questi le riduzioni di lussazioni, l'incisione di ascessi anche superficiali, le iniezioni endovenose, i cateterismi delle vie genito-urinarie, le medicazioni delle cavità nasali, auricolari, oculari, orali, le medicazioni delle ferite. Possono esser praticate sotto il controllo del medico medicazioni di ulceri e piaghe esterne, medicazioni vaginali e rettali, massaggi e manovre meccaniche su organi e tessuti del corpo umano. Su prescrizione del medico gli infermieri possono praticare bagni medicali, lavande rettali e vaginali, iniezioni dermiche, ipodermiche e intramuscolari; applicare bendaggi, impacchi, cataplasmi, vescicanti, mignatte e coppette semplici; somministrare alimenti e farmaci per via orale e rettale e compiere prestazioni di comune assistenza agli ammalati.

Gli esercenti i mestieri di manicure e pedicure non possono compiere atti che, esorbitando dalla cura puramente estetica della mano o del piede, rientrino fra quelli propri della professione medico-chirurgica.

Altre disposizioni del regolamento (articoli 20, 21, 22) sono intese a garantire la serietà dell'esercizio delle arti sanitarie ausiliarie e a facilitarne la vigilanza. Così è fatto obbligo agli esercenti, che esplicano la loro professione in locali accessibili al pubblico, di tenere esposto e ben visibile il proprio titolo di abilitazione regolarmente registrato, nonchè un quadro riproducente le norme del regolamento che determinano i limiti di esercizio della loro arte. I medici provinciali, gli ufficiali sanitari ed i funzionari degli uffici municipali d'igiene, hanno diritto di libero accesso nei locali suddetti.

Infine è vietato l'uso, nella indicazione delle arti sanitarie ausiliarie professate, di denominazioni diverse da quelle del regolamento o di abbreviazioni ed aggiunte a tali denominazioni, che possano ingenerare errori od equivoci nel pubblico.

Appropriate sanzioni punitive colpiscono la violazione di queste disposizioni, e norme transitorie disciplinano l'attività professionale e l'acquisto dei certificati di abilitazione per coloro che già esercitavano un'arte ausiliaria al momento della promulgazione della legge.

L'applicazione delle provvidenze legislative così brevemente illustrate, da un lato servirà efficacemente a reprimere l'esercizio abusivo dell'arte sanitaria, e dall'altro porterà ad elevare la dignità professionale e ad accrescere la fiducia del pubblico per una benemerita categoria di esercenti che sono i collaboratori del medico nella sua quotidiana fatica a vantaggio dell'umanità sofferente. A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 7886:

Quando si voglia iniettare una sostanza modificatrice come *cura dell'idrocele essenziale*, terminata l'estrazione del liquido si inietta la sostanza attraverso l'ago lasciato in posto, poi, prima di estrarre l'ago, si pratica un leggero massaggio per 2-3 minuti e si riaspira il liquido iniettato. Si estrae l'ago, si medica sterilmente e si applica un sospensorio.

La puntura e l'iniezione si ripetono se l'idrocele si riproduce.

Può iniettarsi 50 grammi di alcool picrico (ac. picrico 5, etere e alcool ana 50) o di tintura di iodio o, preferibilmente, 6 cmc. di acido fenico in 6 di glicerina. L'iniezione è dolorosa. Per il lavoro originale si rivolga alla Redazione di quella rivista. E. V.

Al dott. C. L., abb. n. 1580-2, Bologna:

Per un *eredo-glicosurico*, se egli presenta i segni di un diabete, la cura non è differente da quella del diabete comune: è noto quanta parte in questa malattia abbia la familiarità e la eredità.

Se il paziente non è glicosurico varranno le cure profilattiche di risparmio, più che le cure ormoniche e stimolanti. T. PONTANO.

Al dott. P. B., Brescia:

Sull'*atrofia gialla acuta del fegato* ella troverà nella monografia del dott. BETTI (casa editrice « Ars et Scientia », Milano, 1923) un vasto e quasi completo indice bibliografico.

T. PONTANO.

VARIA.

Azione eugenica della vita militare.

Una delle tesi favorite dai socialisti era che le spese militari costituissero una passività per le Nazioni e che, perciò, si dovessero sopprimere.

Si astraeva del tutto dalle necessità della difesa, le quali sono inderogabili anche per i popoli più pacifici che possono essere tratti alla guerra indipendentemente dalla propria volontà.

Di più non si considerava che la vita militare reca sensibili vantaggi anche in tempo di pace, dacchè rende gli organismi più robusti, più sani e, di conseguenza, più produttivi — qualora si faccia astrazione da una piccola percentuale di inadattabili.

Sotto questo riguardo la vita militare va considerata come utilissima.

Ce ne ha offerto una prova A. Lobo in seno al recente Congresso Brasiliano d'Eugenica (*Folha Médica,* 25 agosto e 5 settembre 1929). Limitando le sue osservazioni all'esercito di terra, egli sostiene che nei Paesi come il Brasile, ove il servizio militare è stato reso obbligatorio, dimostra un'azione decisa nell'irrobustire i giovani organismi.

L'A. ha raccolto dei dati concreti al riguardo.

Tra gl'indici di robustezza fisica (spirometria, forza dinamometrica, ecc.), egli ha preferito quello di Pignet, in quanto è di misurazione semplice (si sommano la statura e il perimetro toracico espressi in cm. e se ne detrae il peso espresso in Kg.: la robustezza risulta tanto maggiore, quanto più il numero ottenuto si avvicina a zero). Questo indice ha, certo, un valore relativo; ma risponde alle esigenze della pratica.

Su 7820 soggetti esaminati all'atto del reclutamento ed alla fine della ferma (di 12 mesi), 7076 mostrarono un miglioramento: rappresentano più del 90 %. I miglioramenti più numerosi importarono da 1 a 6 unità; ma si andava sino a 21 unità.

Non si ebbero cambiamenti in 484 soggetti, ossia nel 6 %. Peggiorarono 260 soggetti, ossia il 4 %.

Questi risultati concordano *grosso modo* con quelli già avuti, pure nel Brasile, da M. C. de Gols Monteiro nel 1919, tra un piccolo gruppo di mitraglieri, dopo 11 mesi di permanenza in servizio (esaminati 92; migliorati 77, peggiorati 5, invariati 13).

Osservazioni congeneri erano state fatte anche altrove (in Italia da R. Livi e da altri).

L'A. ha rilevato che nelle reclute provenienti dalle zone calde del Brasile, il miglioramento alla fine del periodo era più spiccato tra i bianchi, anzichè tra i negri, gl'indiani o i meticci, evidentemente perchè fin da ragazzi i bianchi delle zone calde si dedicano ad occupazioni poco gravose e sedentarie; perciò risentono poi manifesto il cambiamento inerente ad una vita attiva. Tra le reclute delle zone fredde, invece, la differenza risulta poco notevole.

Il miglioramento che si determina in quasi tutti i soggetti durante la vita militare, riconosce varie cause: l'esercizio fisico intenso e metodico, l'alimentazione sana e regolata, l'osservanza dei precetti igienici, sia pure in misura relativa, nell'alloggio, nel vestiario, nella pulizia personale, ecc.

Vi ha parte anche la lotta contro molte malattie; in particolare l'A. segnala quella contro l'antichilostomiasi, infestazione così diffusa nel Brasile e che è causa di gravi depauperamenti organici: sotto l'influenza della cura, si vedono molti giovani organismi risorgere. Per tal modo si toglie un peso morto alla Nazione e si forniscono elementi validi alla difesa nazionale.

Per una lotta più efficace contro le malattie nell'Esercito, l'A. preconizza una più intima collaborazione tra la Sanità militare e quella civile. In particolare egli vorrebbe che quest'ultima intervenisse attivamente nelle località ove più alta è la proporzione degli scarti di leva, per indagarne le ragioni ed eliminarle.

I dati surriferiti tendono a documentare l'aumento di robustezza prodotto dalla vita militare; ma basta saper osservare per accertarsene. Le reclute appena giunte fanno, quasi tutte, un'impressione penosa; hanno attitudini rilassate; in prevalenza sono deboli e prive di energia. Qualche mese di vita militare basta a trasformarle, ad elevarne il tono muscolare e nervoso, a farne dei giovani robusti e pieni di energia. Migliorano anche moralmente: divengono decisi, sicuri di sè, disciplinati, rispettosi del principio d'autorità, elemento dei più indispensabili per una vita sociale efficiente e ordinata.

Si determina anche un miglioramento intellettuale, grazie alle scuole reggimentali obbligatorie per gli analfabeti, grazie alle conferenze di cultura, ecc. A tale riguardo l'A. vorrebbe che si provvedesse ad impartire norme d'igiene, di cui si ha tanto bisogno per il miglioramento della razza: in particolare per promuovere la lotta contro le malattie sociali, come la sifilide e l'alcoolismo.

Crediamo che quest'azione potrebbe essere integrata ed estesa, impartendo nozioni elementari su varie discipline fondamentali per la vita sociale, come l'economia politica e nelle zone rurali nozioni di tecnica agricola, ecc.

Tutto ciò varrebbe ad intensificare l'azione benefica della vita militare e ad accrescere l'efficienza della collettività.

(Dagli « Ann. d'Ig. », sett. 1929).

L. VERNEY.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE

I. - Libera docenza - Decadenza per mancato esercizio.

L'art. 46 del R. D. 30 settembre 1923 n. 2102, dispone così: « Il libero docente decade dall'abilitazione se, per cinque anni consecutivi, non abbia esercitato l'insegnamento *senza legittimi impedimenti;* la decadenza viene dichiarata con decreto del Ministro su rapporto del Rettore o Direttore, udite le deduzioni dell'interessato ».

In quali casi può essere dichiarato legittimo l'impedimento che deriva dall'esercizio di un ufficio pubblico?

Il Ministero della Pubblica Istruzione, con circolare 1° ottobre 1923 n. 96, ha considerato legittima causa soltanto quella che dipende dall'assunzione di uffici pubblici *temporanei*: « professori incaricati e supplenti nelle Università, professori straordinari incaricati e supplenti nelle scuole medie, impiegati nelle pubbliche amministrazioni centrali, locali ed autonome, con nomina a tempo ».

La distinzione tra uffici temporanei e stabili è senza dubbio valutabile, sia per l'autorità della fonte che la stabilisce come criterio di massima, sia per la base sulla quale si fonda.

Ma è da fare qualche osservazione.

Generalmente, l'impedimento che deriva dall'esercizio di un ufficio pubblico è giustificato: l'obbietto stesso e lo scopo della prestazione, per un servizio di pubblico interesse, e la involontarietà della omissione, sono elementi di giusta causa. La decadenza, nel senso dell'art. 46, ha prevalentemente il carattere di sanzione per la violazione di un dovere. Ma lo stato di necessità esclude la volontarietà della omissione e la causa che determina l'impedimento (esercizio di un ufficio pubblico) legittima lo stato di necessità.

Il Ministero, facendo distinzione tra ufficio permanente e temporaneo, non considera la *durata* dell'impedimento — la quale, in ogni caso, perchè possa essere valutabile al fine della legittimazione, è sempre non breve, cioè almeno superiore a cinque anni — ma motiva così la sua opinione: « chi assume un ufficio stabile e permanente, ove ha garanzia di legge per restare, cosicchè il suo licenziamento potrebbe avere per causa soltanto o una condanna disciplinare, la quale lo mostrerebbe anche indegno di riassumere l'ufficio di pubblico educatore (tale essendo pure il libero docente) o la sopravvenuta inettitudine fisica, il che gli contenderebbe anche l'esercizio della docenza, non può pretendere che il nuovo ufficio assunto lo esoneri da adempiere i lavori dell'altro e deve scegliere tra i due. Anche l'eventuale obbligo legale di dimorare in altra sede per il nuovo ufficio non è legittimo impedimento, perchè, accettandolo, egli conosceva che ne sarebbe derivata per lui l'impossibilità di attendere alla docenza ».

Come si è detto, la *durata* non influisce sulla qualificazione dell'impedimento: la legge non solo non la considera, ma, subordinando la decadenza alla interruzione dell'insegnamento *per almeno cinque anni*, non attribuisce importanza alla durata. In altri termini, il titolo che abilita alla libera docenza non è rigorosamente condizionato alla effettività e alla continuità dell'insegnamento: esso conserva la sua validità anche se la docenza non sia esercitata o volontariamente, per cinque anni, o, anche per durata maggiore e indeterminata, se il non esercizio ha una causa legittima.

Quindi, la distinzione tra ufficio temporaneo e permanente ha importanza *relativa*. Il criterio risultante dalla circolare, da questo punto di vista, può essere tenuto presente come guida, come elemento valutabile nei singoli casi, ma non costituisce una norma assoluta, la quale sarebbe peraltro in contrasto con la disposizione dell'art. 46, che considera idoneo *qualsiasi* impedimento legittimo. In certi casi, anche un ufficio che giuridicamente sia destinato a permanere può giustificare la interruzione dell'esercizio della docenza. È da osservare, inoltre, che la circolare del Ministero fa la ipotesi di un ufficio pubblico stabile che sia stato assunto *posteriormente*, che sia stato cioè accettato liberamente da chi, avendo conseguito il titolo di libera docenza, *ha voluto* la nuova situazione che esclude attualmente e definitivamente l'esercizio dell'altra. Anche questo è un elemento valutabile.

In sostanza, pur tenendo conto dei criteri accolti dal Ministero, si deve stabilire caso per caso se l'impedimento, sia pure durevole, costituisca causa di legittimazione. Da questo punto di vista è da considerare che, generalmente, è valutabile l'impedimento derivante dall'esercizio di un ufficio pubblico, specialmente se questo non importi un vincolo destinato a permanere stabilmente e se l'ufficio sia stato assunto prima che l'abilitazione alla docenza fosse conferita.

Recentemente è stato dichiarato decaduto un libero docente che da oltre cinque anni non poteva esercitare perchè era medico condotto e ufficiale sanitario incaricato. Il Ministero aveva ritenuto che l'uno e l'altro ufficio avesse carattere di stabilità e quindi dichiarò la decadenza. Ma, essendo stato dimostrato, in sede di ricorso giurisdizionale, che gli uffici erano anteriori al conferimento dell'abilitazione alla docenza, e che l'impedimento era derivato effettivamente dalle funzioni di ufficiale sanitario, le quali non erano stabili, il Ministero ha revocato il provvedimento di decadenza.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore Sanità.

Si è adunato in sessione generale straordinaria presso il Ministero dell'Interno.
Daremo ulteriori notizie dei lavori.

Per la difesa contro la difterite.

Una circolare del Capo del Governo ai Prefetti del Regno, in data 21 dicembre, impartisce dettagliate norme per una più completa azione profilattica contro la difterite; azione basata, oltre che sulle consuete misure, su di una larga adozione della vaccinoprofilassi, mediante l'anatossina difterica, che la rende di agevole ed innocua applicazione.
Nel prossimo numero riporteremo larga parte della circolare, pervenutaci mentre questo fascicolo era già impaginato.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSADRIA (*Egitto*). *Consiglio Sanitario, Marittimo e Quarantenario d'Egitto.* — Vice direttore medico del Servizio quarantenario; età lim. 32-44 a.; conoscenza di almeno due lingue, tra cui il francese o l'inglese; stip. L. E. 60 mensili, con aumenti di L. E. 5 fino al massimo di L. E. 75; indennità per servizio notturno fino al massimo di L. E. 10; impegno temporaneo per un anno, dopo il quale il candidato dovrà essere in grado di espletare le formalità quarantenarie in francese, inglese e arabo. Età limite 32-44 a.; servizio fino a 60 anni; pensione a 50 anni, con 15 di servizio, ovvero dopo 25 anni di servizio. Scad. 30 aprile. Chiedere programma e informazioni alla presidenza del Consiglio Quarantenario in Alessandria d'Egitto ovvero alla Direzione Generale della Sanità Pubblica in Roma.

GENOVA. *Comune.* — Tre medici igienisti di seconda classe; L. 14.000 e 10 bienni di L. 450; c.-v.; età lim. 35 a.; laurea da 3 anni; diploma uff. san.; voti universitari. Rivolgersi Civico Ufficio del Personale. Scad. 31 gen.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Chirurgo dirigente la Sezione Meccanoterapica Francesco Ponti; L. 7000 e partecipaz. proventi, età lim. 40 a.; settennio di esercizio pratico chirurgico, di cui tre in Istituto di Meccanoterapia. Nom. e 2 conferme quinquennali. Rivolgersi al Protocollo (via Ospedale, 5). Scad. ore 16 del 31 gen.

RAGUSA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami: *a*) Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Prov. di Igiene e Profilassi; *b*) Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio stesso. Ad ognuno di detti due posti è assegnato: Stipendio L. 16.000 con due scatti quadrienn. di L. 800 il primo e di L. 1000 il secondo. Indenn. servizio attivo L. 4.200. Indennità caro viveri. Età 21 a 45, salvo eccez. legge. Documenti di rito. Tassa concorso L. 50,10. Per ulteriori chiarimenti sui titoli ecc., rivolgersi alla Segreteria Provinciale. Scadenza 1° febbr.

POGGIO MIRTETO (*Rieti*). — 2ª condotta; ab. 1672; poveri 1344; L. 9500 e quadrienni dec., oltre L. 2900 cavalc.; scad. 40 giorni dal 20 dic.; tassa L. 50,10; doc. a 4 mesi dal 20 dic. Accettaz., entro 10 gg.; assunz. serv. entro i 20 gg. successivi.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni - Ferrovie dello Stato.* — Per titoli ai seguenti posti di medico di Riparto: Nocera Umbra e S. Demetrio nei Vestini (Ancona), Pracchia e Conselice (Bologna), Taormina-Giardini e Caltagirone (Catania), Empoli 1° e Caldine (Firenze), Foggia 6° (Foggia), Novi Ligure 1° e Sori (Genova), Castel S. Giovanni, Vogogna e Colico (Milano), Trabia e Carini (Palermo), Cutro (Reggio C.), Grosseto 1° (Roma), Cuneo 1°, Aosta e Pinerolo (Torino), Merano 1° e Grigno (Trento), Monfalcone (Trieste), Venezia Mestre 2° (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettori Sanitari (segnati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 25 gennaio 1930.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni - Ferrovie dello Stato.* — 15 posti di allievo ispettore. Stipendio nel primo anno 15.800; aumenti annuali fino a raggiungere nel 5° anno L. 20.400, oltre ad indennità e competenze accessorie ed ulteriore svolgimento di carriera. Titoli ed esami. Due esami scritti di medicina e chirurgia; una prova orale su patologia medica e chirurgica, igiene, legislazione sanitaria. Prove facoltative di lingue estere e di igiene pratica applicata. Età massima 32 anni al 10 novembre 1929, elevata di 5 anni per chi ha prestato servizio di guerra (1915-1918). *Documenti*: Atto di nascita, cittadinanza, penale, buona condotta (questi 3 non anteriori a 3 mesi), congedo militare, fotografia autenticata, diploma originale di laurea, non posteriore al 1° agosto 1928. Esame di Stato per i laureati dopo il 1923, certificato dei punti universitari, di studi fatti, eventuali pubblicazioni. Domanda redatta come segue: Alla Direzione Generale delle Ferrovie dello Stato (Servizio Personale ed Affari generali), piazza della Croce Rossa, Roma. Il sottoscritto....., presa conoscenza dell'avviso programma in data 10 novembre 1929 per il concorso a 15 posti di allievo ispettore in prova, domanda di parteciparvi dichiarando di accettare le condizioni tutte contenute nel programma (aggiungere gli eventuali esami facoltativi che il candidato intende fare). Aggiungere poi che non ha mai prestato servizio alle Ferrovie, nè concorso prima d'ora ad impiego presso codesta Amministrazione delle Ferrovie dello Stato e neppure subìta visita o sostenuto esame all'uopo. (In caso contrario specificare i servizi prestati). Firma (casato e nome per esteso). Scadenza 20 gennaio. Per ulteriori informazioni e per il programma di esami, rivolgersi al Servizio Personale e Affari Generali delle Ferrovie di Stato, piazza della Croce Rossa, Roma.

S. CATALDO (*Caltanissetta*). — Ufficiale sanitario; L. 8000 e 5 quinquenni di L. 700 ciascuno; titoli ed esami; tassa L. 50 alla Tesoreria comunale; chiarimenti dalla Segreteria del Comune; domande alla R. Prefettura di Caltanissetta. Scadenza 15 febbraio.

SARONNO (*Varese*). — Uff. san.; titoli ed esami; L. 16.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 4000 serv. att.; divieto libero eserc. Rivolgersi R. Prefettura di Varese. Scad. 31 gen.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà Medica di Roma ha deliberato, ad unanimità, di proporre al Ministro dell'Educazione Nazionale il trasferimento del prof. Sante De Sanctis dalla cattedra di psicologia sperimentale a quella di clinica delle malattie nervose e mentali, rimasta vacante per la morte del compianto prof. Mingazzini.

Ha fatto anche voto che sia mantenuta la cattedra di psicologia sperimentale, che, illustrata dal prof. De Sanctis, ha assunto rinomanza mondiale.

L'incarico dell'insegnamento di clinica delle malattie nervose e mentali è stato temporaneamente affidato, per l'anno scolastico in corso, al prof. Gioacchino Fumarola.

Il prof. Bernardino Lunghetti, di anatomia patologica, è nominato rettore della R. Università di Siena.

Sono confermati nella carica di rettori d'Università i proff.: Roberto Binaghi, di clinica chirurgica e medicina operatoria a Cagliari; on. Giuseppe Muscatello, di clinica chirurgica e medicina operatoria a Catania; Enrico Burci, di clinica chirurgica e medicina operatoria a Firenze; Antonio Pensa, di anatomia umana a Parma; Ottorino Rossi, di clinica psichiatrica e neuropatologica a Pavia.

Il prof. Aristide Busi, di radiologia medica, è nominato preside della Facoltà medica di Roma.

Il prof. Giuseppe Sangiorgi è stato incaricato dell'insegnamento dell'igiene presso l'Accademia Fascista di Educazione Fisica (Università Sportiva).

Il prof. Aurelio Angeli è nominato, in esito a concorso, direttore dell'Ospedale Civile di Prato.

Il dott. Annibale Puca è nominato, in esito a concorso, direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Girifalco (Catanzaro).

Il prof. R. Leriche, di clinica chirurgica a Strasburgo, è nominato dottore *honoris causa* dalla Facoltà di Scienze dell'Università Harvard in Boston.

Il prof. Paul Martini, di medicina interna a Monaco, è chiamato a Berlino; il prof. Felix Klewitz, di medicina interna a Königsberg, è chiamato a Marburgo.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano :

La fusione dell'Istituto di Anatomia patologica della R. Università con quello dell'Ospedale Maggiore.

L'auspicata fusione dell'Istituto di Anatomia patologica dell'Ospedale Maggiore con quello della R. Università è ormai un fatto compiuto. Fino ad ora i due istituti avevano costituito organismi del tutto indipendenti sebbene situati nello stesso edificio (all'Ospedale Maggiore, a piano terreno, l'Istituto Universitario, al primo piano, l'Istituto Ospedaliero). Quest'anno, per concorde deliberazione del Consiglio degli Istituti Ospedalieri i due organismi sono stati unificati e posti sotto la direzione del chiar.mo prof. Pepere, direttore dell'Istituto di Anatomia patologica della R. Università. Sono state pure arrecate, all'Istituto, numerose modificazioni ed adattamenti per far fronte al sempre maggior numero di discepoli e di allievi che da ogni parte d'Italia accorrono a quest'Istituto che, se non è quello che presenta la statistica più ricca di tutto il Regno, ne presenta certamente una ricchissima.

L'Istituzione della Scuola di Specialità in Urologia.

È stata istituita quest'anno presso la R. Università la scuola di Specialità in Urologia, che è stata posta sotto la direzione del prof. Lasio. Detta scuola, che conferisce il Diploma di specialista, ha la durata di due anni. L'insegnamento comprende: Lezioni ed esercitazioni di Clinica urologica, di Radiologia urologica, di Semeiotica urologica, di Tecnica di laboratorio ecc. Obbligatorio l'internato per due anni nella Clinica urologica.

Il costo complessivo è di 4500 lire per i due anni, tutto compreso. R. ASCOLI.

Da Firenze :

Solenni onoranze al Prof. Carlo Comba nel venticinquesimo anniversario del suo insegnamento.

Il giorno 15 dicembre, all'Ospedale Pediatrico Meyer, si sono svolte le onoranze al prof. Carlo Comba, direttore della nostra Clinica Pediatrica, in occasione del suo venticinquesimo anno d'insegnamento clinico.

Esse sono riuscite nella loro semplicità veramente solenni per l'intervento di tutte le autorità e personalità scientifiche, per le rappresentanze e adesioni delle Università italiane e dell'estero.

Il Rettore Magnifico prof. Burci, il Preside della Facoltà sen. Gatti hanno portato il saluto augurale e fervido dell'Università e della Facoltà di Medicina al festeggiato, la cui figura di Uomo di scienza e di gran cuore, degno allievo e continuatore infaticabile dell'opera di G. Mya, è stata illustrata da elevate parole del prof. Pacchioni, del prof. Cattaneo, del prof. Fiore, che, come discepolo più anziano, ha presentato a nome di tutti i numerosissimi allievi, una artistica medaglia ricordo e un album di scritti dedicati al Maestro.

Ha risposto a tutti con viva commozione il prof. Comba, il quale in questa occasione ha voluto porre munificamente a disposizione della Università Fiorentina una borsa di studio di lire 100.000 per i giovani che, versando in disagiate condizioni finanziarie, vogliono dedicarsi agli studi pediatrici. CANALE.

NOTIZIE DIVERSE.

23° Congresso italiano di ostetricia e ginecologia.

Dal 18 al 21 dicembre, nella R. Clinica ostetrico-ginecologica di Roma, si è svolto il 23° Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

Alla seduta inaugurale intervennero circa 200 ostetrici e ginecologi; erano presenti varie autorità.

Il sen. Pestalozza, presidente del Comitato ordinatore, nel discorso inaugurale ha rilevato i vincoli di collaborazione tra la Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia e l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, alla cui potente organizzazione la Società intende affidare la realizzazione dei voti in favore della maternità.

Si è compiaciuto della designazione del segretario della Società stessa, prof. Cesare Micheli, a sub-commissario dell'Opera Nazionale, perchè egli sarà prezioso elemento di coordinazione a migliore tutela della maternità. Rileva che tale protezione richiede l'attività di numerosi ostetrici, che bisogna preparare in modo che possano dare il loro contributo di lavoro. Ricorda i passati voti formulati dalla Società, per l'assistenza alle gestanti tubercolotiche, la quale dev'essere assidua e completa e richiede il ricovero in Istituti di maternità o nelle Cliniche ostetriche. Così, del resto, per ogni gestante malata. Ricorda il Congresso recente di eugenica ed i postulati di esso in ordine alla politica demografica. Termina invitando i congressisti a manifestare la loro rispettosa simpatia alla Famiglia Reale per le auspicate nozze del Principe Ereditario.

Segue il prof. Cesare Micheli, che reca il saluto e l'augurio dell'on. Blanc, presidente dell'Opera Nazionale. Chiede agli ostetrici italiani la più sincera collaborazione ai fini della difesa della madre. Enumera le difficoltà che s'incontrano in certe regioni a recare aiuto e propaganda per la maternità, ma promette che tutte le difficoltà saranno ovunque sormontate. Infine ricorda con quanta vigile attenzione il Capo del Governo sorvegli l'attività dell'Opera, per ottenerne il massimo rendimento per la protezione della maternità. Hanno parlato anche il dott. U. Monaco, in rappresentanza del Sindacato generale dei medici fascisti, il dott. Labranca per il direttore generale della Sanità Pubblica, il prof. Pediconi e altri.

Dei lavori daremo un resoconto prossimamente.

36° Congresso italiano di medicina interna.

Il XXXVI Congresso della Società Italiana di Medicina interna avrà luogo in Roma nella prima quindicina di ottobre del 1930.

I temi all'ordine del giorno sono:

1) Edema polmonare acuto (relatore: prof. Cesare Frugoni).

2) Diagnosi differenziale fra nevrosi viscerali ed organopatie (relatore: prof. Nicola Pende).

3) Diagnosi e terapia delle ematurie, in comune con la Società Italiana di Chirurgia (relatore di parte medica: prof. Adolfo Ferrata; di parte chirurgica: prof. Gino Lasio).

4) Il servizio militare e l'indirizzo costituzionalistico in biologia e patologia (relatore: magg. med. dott. Cassinis).

21° Congresso italiano d'idrologia.

Come già annunziammo, alla fine del settembre in Rodi, la leggendaria Isola delle Rose prediletta da Apollo, l'Isola mistica dei Cavalieri di S. Giovanni di Gerusalemme, meta oggi di turisti ed incantevole soggiorno di villeggianti, attratti dalla straordinaria metamorfosi che ha saputo operare il Governo Italiano, avverrà il XXI Congresso d'Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica.

Le mirabili visioni orientali di località in cui vivono assieme popolazioni differenti per razza, costumi e religione, attrarranno numerosi aderenti a questa adunata scientifica, nella quale sarà dato di ammirare le superbe Regie Terme di Calitoa, le uniche di tutto l'oriente e che solo la concezione possente del Governatore S. E. Lago ha saputo tradurre in concreta realtà.

Si uniranno allo stuolo dei medici che si appassionano d'Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica, anche i componenti del Congresso Internazionale di Storia della Medicina, i quali si recheranno a rendere omaggio al famoso Tempio di Esculapio in Coo, dove Ippocrate tenne la sua celebre scuola. È appunto di questi giorni il rinvenimento della statua del grande Padre della Medicina, la quale sarà collocata in luogo adatto per il particolare interessamento del Governo.

Agli scienziati, ai cultori delle varie discipline, nonchè ai membri delle loro famiglie il Comitato ordinatore offrirà il modo di usufruire di fortissime riduzioni per portarsi nell'Egeo. È prevista una sosta di varie ore al Pireo perchè i componenti possano ammirare Atene.

Per le iscrizioni inviare la quota (aderenti L. 30, signore e membri di famiglia L. 20, Enti L. 50) al presidente del Comitato ordinatore, prof. Carlo G. Gasperini, Rodi - Egeo.

Si prega di iscriversi con sollecitudine, essendo limitato il numero dei posti messi a disposizione dalle Compagnie di Navigazione.

7ª Conferenza internazionale contro la tubercolosi.

L'Unione Internazionale contro la tubercolosi, presieduta dall'on. prof. R. Paolucci, terrà la VII Conferenza Internazionale ad Oslo il 13-15 agosto. Saranno svolti tre argomenti.

Tema biologico: La vaccinazione contro la tubercolosi col B. C. G.; relatore generale: Calmette (Francia); oratori ufficiali: Neufeld (Germania), Jensen (Danimarca), Chagas (Brasile), Maragliano (Italia), Scheel (Norvegia), Michaloncz (Polonia), Cantacuzène (Romania), Baldwin (Stati Uniti). Comunicazioni: Ilvento, Bocchetti, Costantini (per l'Italia).

Tema clinico: La toracoplastica nella cura della tubercolosi polmonare; relatore generale: Bull (Norvegia); oratori ufficiali: Grevesten (Danimarca), Sauerbruch (Germania), Leotta (Italia), Dumarest (Francia), Rutkonski (Polonia), Matson (Stati Uniti), Jessen (Svizzera), Key (Svezia). Comunicazioni: Brauer (Germania), Redaelli, Paolucci, Morelli, Carpi, Malan (per l'Italia).

Tema sociale: L'insegnamento della tubercolosi agli studenti ed ai medici; relatore generale: His (Germania); oratori ufficiali: Morelli (Italia), Zieglen (Germania), Jacobj (Stati Uniti), Bernard (Francia), Orlonski (Polonia), Philips (Inghilter-

ra), Vestergreen (Svezia). Comunicazioni: Ronzoni, Fagiuoli, Ferrarini, Fici (per l'Italia).

Oltre i lavori della conferenza sarà organizzata una visita alle principali istituzioni antitubercolari ed ai luoghi più pittoreschi della Svezia e Norvegia.

Quota d'iscrizione corone norvegesi 25, famigliari 15. Per prendere parte alla conferenza ed usufruire di tutte le facilitazioni concesse, occorre iscriversi pel tramite della Federazione Nazionale Fascista di lotta contro la tubercolosi, Via Toscana, 12 - Roma.

Riunione francese d'idrologia e climatologia.

Avrà luogo il 29 marzo, alle ore 17, presso la Facoltà Medica di Montpellier. Tema: « Pruriti e loro cura idrominerale », con due relazioni, una del prof. J. Margarot, l'altra del dott. J. Anglada (di La Bourboule).

I medici desiderosi di intervenire nelle discussioni o di presentare comunicazioni, sono pregati di iscriversi, indicando il titolo delle loro comunicazioni, presso il professore aggregato Pucch, Rue de l'Anguillerie, 32 - Montpellier. I lavori della riunione saranno pubblicati, a seconda delle norme statutarie, negli Archivi della Società delle scienze mediche e biologiche di Montpellier e della Linguadoca mediterranea. Per ogni informazione rivolgersi al prof Giraud, Facoltà di Medicina di Montpellier.

6ª Conferenza americana di pediatria.

Si è tenuta a Washington dall'8 al 12 settembre dello scorso anno. Il Congresso era diviso in 4 Sezioni, ciascuna delle quali ripartita in più sottosezioni.

10° Congresso tedesco sulle malattie della digestione e del ricambio.

La « Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten » terrà la sua 10ª riunione dal 6 all'8 ottobre in Budapest, sotto la presidenza del prof. von Korányi. Per informazioni rivolgersi al segretario generale prof. dott. R. von den Velder, Bambergerstrasse 49, Berlin W. 30 (Germania).

All'Accademia Fascista di Educazione fisica.

Alla presenza di S. E. il Ministro dell'Educazione Nazionale on. Balbino Giuliano e dei sottogretari di Stato on. Ricci e on. Di Marzo si è inaugurato a Roma il nuovo anno accademico dell'Accademia Fascista di Educazione Fisica. La cerimonia si è svolta nell'aula magna dell'Istituto, con l'intervento di molte autorità e del corpo accademico. Il rettore, sen. Versari, lumeggiò l'opera compiuta dall'Accademia in due anni, mercè l'impulso impressole dall'on. Ricci, presidente dell'O. N. B.; a maggiori sviluppi l'istituto è chiamato col nuovo anno, in cui esso si trasferirà nel nuovo grandioso edificio alle falde di Montemario, eretto dall'architetto Del Debbio. L'oratore mise in rilievo la presenza di parecchi allievi stranieri: 16 albanesi e 3 bulgari. Il prof. Carmelo Midulli tenne poi la prolusione del corso, svolgendo il tema: « L'indirizzo ontogenetico costituzionalistico dell'educazione fisica e giovanile ».

Corsi per medici sportivi.

Questi corsi sono stati indetti dal Comitato Olimpionico Nazionale Italiano (CONI) e organizzati in varie città sotto l'egida dell'on. Turati, il quale, come avemmo ad annunziare, ha assunto la presidenza della Federazione Italiana Medici Sportivi (FINS).

Sono invitati ad assistervi tutti i medici che s'interessino di educazione fisica, i presidenti dei Comitati regionali delle Federazioni sportive, i presidenti delle Società sportive e dei Gruppi sportivi.

A Roma il corso venne inaugurato nella Scuola Centrale Militare di Educazione Fisica, presente il segretario federale Aldo Vecchini; la prolusione fu tenuta dal prof. Silvestro Baglioni, della Facoltà Medica di Roma. A Milano la cerimonia inaugurale si svolse nella Casa del Fascio, presente il segretario federale L. F. Cottini; tenne la prolusione il dott. Poggi-Longostrevi. A Trieste l'inaugurazione ebbe pure luogo nella Casa del Fascio, con l'intervento del segretario federale; il corso è tenuto dal dott. Enrico Polacco.

Corso complementare sulla tubercolosi.

Per iniziativa della Sezione Provinciale Milanese dell'Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti, presso l'Istituto di Tisiologia dell'O. P. Poliambulanza « Giuseppe Ronzoni » in Milano (via Gaudenzio Ferrari, 18), sarà tenuto nel 1930 un secondo Corso sulle attualità cliniche e sociali nel campo della tubercolosi, particolarmente indirizzato ai medici condotti della Provincia.

Le lezioni svolte dal direttore dell'Istituto, prof. Gaetano Ronzoni, avranno inizio, in sede dell'Istituto, il 9 gennaio, alle 14,30, e continueranno regolarmente tutti i giovedì successivi sino alla Pasqua.

Sarà particolarmente svolto quanto si riferisce alla diagnosi precoce della tubercolosi polmonare modernamente intesa, ai metodi di cura recentemente proposti e alle questioni di attualità nel campo assicurativo. Nel pomeriggio del martedì saranno tenute esercitazioni pratiche di laboratorio, radiologia, tecnica pei medici inscritti che lo desiderano.

La Direzione dell'Istituto ha stabilito due premi da L. 1000 per due memorie, su argomenti clinici o sociali da presentarsi dai medici frequentanti il Corso che desiderano concorrere.

Corso di puericultura per medici.

L'Opera Nazionale Maternità e Infanzia ha indetto in Roma un corso di perfezionamento in assistenza materna e puericultura per medici.

Tale corso avrà inizio nel gennaio 1930 e durerà tre mesi, con lezioni teoriche quotidiane ed esercizi pratici pure quotidiani. Il numero delle iscrizioni sarà limitato. Le domande, in carta legale, vanno indirizzate alla sede dell'Opera, piazza Adriana, 20 - Roma; si ricevono sino al 15 gennaio. La tassa d'iscrizione è di L. 200.

Corsi di perfezionamento medico a Berlino.

Sono organizzati dall'Associazione dei docenti per corsi di vacanze di Berlino, col concorso della Casa Imperatrice Federico e con l'appoggio della Facoltà medica.

Durante la primavera si terranno i corsi seguenti: revisione generale della medicina moderna (problemi attuali della diagnosi interna e della terapia) dal 3 al 15 marzo, onorario marchi 75; malattie cutanee e veneree, 17-29 marzo, onorario marchi 100; ostetricia e ginecologia, 24-29 marzo, onorario marchi 100; progressi pratici della radiologia medica, 30 marzo-7 aprile, onorario marchi 100; chirurgia, 28 aprile-3 maggio, onorario marchi 75; nonchè corsi in tutti i campi della medicina, con esercitazioni pratiche.

Altri corsi si terranno in autunno: pratica di laboratorio, pediatria, medicina interna, oftalmologia, medicina del lavoro.

Inoltre in permanenza hanno luogo corsi della durata di 15 giorni e di un mese, in tutti i campi della medicina.

Si ammettono allievi interni per 2-3 mesi ed eventualmente più, in cliniche, ospedali e laboratori.

Per informazioni rivolgersi alla « Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse zu Berlin », Kaiserin-Friedrich-Haus, Luisenplatz 2-4, Berlin NW6, Germania.

Iscrizioni di studenti stranieri.

È noto come già da alcuni anni vada crescendo l'attrazione esercitata dall'Italia verso le Nazioni straniere anche nel campo degli studi. Fra le Università del Regno che gli studenti stranieri hanno frequentato e frequentano di preferenza segnaliamo quella di Modena. Anche nell'anno in corso vi sono affluiti parecchi goliardi, in prevalenza dai paesi dell'Europa Orientale; gl'iscritti hanno raggiunto il numero complessivo di 148, tra cui 23 donne, ed esso è così costituito: 97 rumeni, 20 ungheresi, 13 polacchi, 12 bulgari e 6 appartenenti ad altrettanti Stati diversi.

Munifica elargizione alla Scuola di Medicina di Parigi.

Quale dono di Capodanno, John D. Rockefeller ha assegnato 1.200.000 sterline (pari a circa 110 milioni di lire it.) alla città di Parigi, destinandole alla Scuola di Medicina per l'erezione di un istituto biologico di primaria importanza.

L'elargizione è condizionata allo stanziamento, da parte del Governo francese e del Municipio di Parigi, di una somma uguale.

Donazioni all'Università di Genova.

Il prof. P. Lachi ha donato, all'Università di Genova, la somma di L. 30.000 nominali, per l'istituzione di un premio biennale da assegnare a laureati da non oltre 5 anni, per lavori di anatomia, con speciale riguardo all'istologia e alla embriologia comparata.

Il sen. E. Maragliano ha donato, all'Università di Genova, libri, periodici ed opuscoli, per la costituzione di una biblioteca ad uso della Facoltà medica; nonchè la somma di L. 103.000 nominali, per il mantenimento ed il funzionamento della biblioteca stessa.

Donazione all'Università di Firenze.

La Società Italiana di Radiologia Medica ha donato all'Università di Firenze la somma di lire 12.000 per l'istituzione, presso l'Università stessa, di un premio annuo a favore di un laureando in medicina, che si dimostri meritevole nella radiologia od in materie che abbiano con essa stretta attinenza.

I nuovi compiti della "Croce Rossa".

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di provvedimento contenente modifiche al R. Decreto Legge 10 agosto 1928, n. 2034, relativo all'ordinamento ed all'attività della Croce Rossa Italiana.

Con detto provvedimento si affidano alla Croce Rossa Italiana nuovi importantissimi compiti in aggiunta a quelli ad essa demandati dal R. Decreto Legge 10 agosto 1928, n. 2034, e si apportano a questo Decreto legge alcune varianti dirette a rendere sempre più efficiente la benemerita Associazione, ed a semplificarne l'Amministrazione. In conformità di parere espresso dalla Commissione Suprema di Difesa, con il provvedimento ora approvato dal Consiglio, si affida alla Croce Rossa Italiana la difesa sanitaria contraerei ed antigas della popolazione civile in caso di guerra. In rapporto a tale nuovo compito e per lo sviluppo delle attività che già la Croce Rossa svolge, essa viene autorizzata ad istituire, dove se ne manifesti la necessità, posti di prima assistenza. Viene, inoltre, risolto con il provvedimento il problema del coordinamento delle attività delle molte associazioni che svolgono attività frazionate, isolate e non sempre controllabili, nel campo dell'assistenza pubblica. Ed, all'uopo, si rende possibile, anzitutto, il concentramento nella Croce Rossa Italiana di tutte le associazioni di assistenza, oltre 500, non erette in ente morale. Per quanto riguarda, invece, le associazioni medesime già riconosciute come Corpi morali, si dà facoltà alla Croce Rossa di promuovere la costituzione di Federazioni, ai sensi dell'art. 30 del R. Decreto 30 dicembre 1923, n. 2841, sulle istituzioni pubbliche di beneficenza.

In tal modo, si ritiene sarà possibile assicurare agli Enti, che svolgono attività diretta al medesimo fine, un indirizzo uniforme, realizzando, nel medesimo tempo, un assai utile coordinamento nonchè notevole economia nelle spese generali di amministrazione.

Il preventorio "Principe Umberto" della Croce Rossa Italiana a Pozzuoli.

Una decina d'anni or sono, con fondi raccolti da italiani residenti in Inghilterra, accresciuti da cospicue elargizioni di altri italiani all'Estero, si era iniziata, sulla collina di Pozzuoli, la costruzione di un sanatorio che doveva avere la disponibilità di 100 letti, su di un'area di 120.000 mq.; un altro edifizio secondario, distante un centinaio di metri dal primo, doveva essere destinato ai servizi e per l'alloggio del personale.

Le difficoltà inerenti al terreno fecero assorbire, per le sole fondazioni, quasi tutta la somma disponibile e da allora le due costruzioni rimasero sospese, anche per le ostilità dipendenti da pregiudizi delle popolazioni locali e per incuria di uomini.

Ora il sen. Cremonesi è venuto nella determinazione di riprendere e ultimare la costruzione degli edifizi, che verranno destinati a preventorio per l'infanzia predisposta alla tubercolosi. L'Isti-

tuto recherà il nome di « Preventorio Umberto di Savoia », quale omaggio della Croce Rossa al Principe Umberto in occasione delle nozze e in conformità alle direttive stabilite di solennizzare questo avvenimento con opere di beneficenza.

L'augusto Principe è stato molto sensibile al gentile atto di omaggio e si è vivamente compiaciuto della nobile iniziativa. I lavori verranno condotti con alacrità e quanto prima il nuovo Istituto sarà aperto ai giovani ospiti.

Per un villaggio sanatoriale a Biella.

L'on. Morelli, della Cassa Nazionale delle Assicurazioni sociali, ha visitato alcune località del Biellese con una commissione composta dagli amministratori dell'Ospedale civile e da altre personalità, per rendersi conto della eventuale idoneità alla costruzione di un progettato villaggio sanatoriale regionale, che dovrebbe comprendere duemila letti e per il quale è preventivata la spesa di 50 milioni di lire.

Nella stampa sanitaria.

La « Rivista d'Igiene e Medicina Sociale » di Palermo, diretta dal prof. Sagona, assume il titolo di « Rivista Medico-Sociale della Tubercolosi » e svolgerà più ampiamente ed esclusivamente i problemi e le attuazioni nel campo della lotta antitubercolare.

Ad essa si dedicherà un Comitato di Direzione composto da tisiologi e sociologi tra i più distinti d'Italia, quali Ilvento, Mendes, Campani, Breccia, Benedetti, Costantini, Fici, Bocchetti, Della Seta, Fagiuoli, Salvini, ecc. Il Sagona sarà redattore-capo.

Auguri.

Collocamento a riposo.

Il prof. Carlo Raimondi, di materia medica e farmacologia sperimentale a Siena, è stato collocato a riposo per limiti di età.

In onore del prof. Trambusti.

Nell'Istituto di Patologia generale di Palermo, che il prof. Arnaldo Trambusti fece costruire nel 1903 attraverso molte difficoltà, impiantandovi laboratori scientifici moderni, è stata scoperta una targa marmorea, nella quale spicca, forgiata nel bronzo dal prof. Antonio Ugo, l'effige del Trambusti. Alla cerimonia assistevano le autorità politiche ed accademiche. Presero la parola, a nome del podestà, il prof. De Francisci; il rettore magnifico on. prof. Ercole; per il preside della Facoltà il prof. Colella; per il Segretario Federale il prof. Pavone; per l'Ordine dei Medici il prof. Bentivegna; per il Sindacato Medico Fascista il prof. Calandra. Infine parlò il prof. Alessandro Amato, direttore dell'Istituto di Patologia e discepolo dell'illustre Maestro. Salutato da una clamorosa dimostrazione di affetto il prof. Trambusti ringraziò le autorità e i colleghi esprimendo la sua riconoscenza ed il suo affetto per la città di Palermo.

Onoranze al prof. Ambrogio Bertarelli.

È stata consegnata al dott. Ambrogio Bertarelli, una medaglia d'oro, fatta coniare da una commissione di medici, in occasione del suo ottantesimo anno. La cerimonia ha riunito intorno al festeggiato un'eletta rappresentanza della classe medica milanese. L'Ospedale Maggiore era rappresentato dal commissario prefettizio avv. Marola e dal segretario generale avv. Gaggi, il prefetto dal medico provinciale dott. Pampana, l'Istituto dei Rachitici dal prof. Galeazzi, la Facoltà medica dell'Università dal suo preside prof. Pepere. Vi erano inoltre il prof. Pasini, direttore della Clinica dermatologica dove successe al dott. Bertarelli, il prof. Viganò, direttore della sezione fotoradioterapica « Ambrogio Bertarelli », l'ufficiale sanitario del Comune prof. Tron e numerosi altri medici.

Il presidente del Comitato prof. Baslini, presentò con efficaci espressioni una bella medaglia d'oro, opera dello scultore Castiglioni. Rispose commosso il festeggiato.

Commemorazione di Cosimo De Giorgi.

È stato solennemente commemorato a Lecce il prof. Cosimo De Giorgi, autore di pregevoli studi di medicina, scienze naturali, archeologia e letteratura.

Un medico che dà il suo sangue.

Al Policlinico di Roma il dott. Bruno Paggi ha dato il suo sangue per salvare un bambino di sei anni, ferito da un colpo di fucile accidentale e giunto all'Ospedale in stato di estrema anemizzazione.

Le assicurazioni sociali in Francia.

Grazie alla ferma attitudine della « Fédération Nationale des Médecins de France » il progetto di legge per le assicurazioni sociali è stato rimaneggiato. L'on. Loucheur, ministro del lavoro, dell'igiene e della previdenza sociale, innanzi alla Commissione senatoriale dell'igiene, ha proposto un certo numero di semplificazioni. Ad una delegazione della Federazione Nazionale, il ministro ha formalmente assicurato che la libera scelta del medico sarebbe stata iscritta nel testo della legge. Di più, gli assicurati dovranno corrispondere ai medici la differenza tra la tariffa delle Casse mutue e il prezzo delle consultazioni.

Epidemia familiare di psittacosi.

Il noto geologo Harbort aveva importato dall'America meridionale, nella sua casa di Berlino, quattro pappagalli, i quali hanno prodotto una epidemia familiare di psittacosi.

Sono rimasti uccisi lo stesso Harbort ed un sarto che lavorava in casa sua; sono rimaste gravemente colpite la moglie e le due figlie.

Si è spento il sen. GIORGIO RATTONE, professore di patologia generale alla R. Università di Parma. Ne daremo un cenno biografico in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Scalpel, 7 sett. — E. Zunz. Trattam. delle crisi d'asma.

Tunisie Méd., giu. — M. Eloy e E. Corseil. L'igiene urbana e i regolamenti.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., ag. — G. P. Pitkin. L'anestesia spin. in ostetr. e ginec. — R. T. Frank. Chirurgia plastica ginecologica. — D. P. Murphy. Azione delle irradiazioni sul feto. — C. S. Davis. Leucorrea e Trichomonas vaginalis. — R. C. Steinharter e S. Brown. Uterocistografia.

Cult. Med. Mod., 31 lug. — G. Arnone. Fato individuale ed azioni blastoftoriche nei rapporti dalla costituzione scheletrica.

Mediz. Klinik, 6 sett. — H. Strauss. Dietoterapia della tbc. polm. — O. Laufer. Le nuove dottrine in tisiologia.

Presse Méd., 4 sett. — L. e J.-L. Lapeyre. La chirurgia dei diabetici dopo l'insulina. — 7 sett. M. Loeper e J. Baumann. La leiastenia.

Practitioner, sett. — F. Parkes Weber. Gravi malattie ematiche con piressia. — D. C. Hare. Trattam. del diabete.

Journ. Méd. Franç., ag. — Numero sull'anestesia in ostetricia.

Minerva Med., 1 set. — F. Michele e R. Moracchini. Diabete renale o normoglicemico. — E. Pascoli. La valvola termoionica come amplificatrice. — A. Brugi. Istamina e glicogenesi epatica.

Journal A. M. A., 31 ag. — W. M. Johnson. Il fumo di tabacco: studio clinico. — G. B. Bader. Iniezioni intramuscolari di sangue intero di adulti come profilattico del morbillo. — G. Howland e al. Disinsulismo.

Riv. Patol. e Cl. Tuberc., 31 ag. — C. Oliviero. Pressione arteriosa e venosa nella tbc. polmonare.

Revue Neurol., lug. — L. Marchand e A. Courtois. Epilessia detta « sotto-corticale », « striata » o « extra-piramidale ».

Journ. Nerv. Ment. Dis., set. — S. Rothenberg. Alterazioni del fondo oculare nell'encefalite letargica.

Wien. Klin. Woch., 12 sett. — Jellinek. Compiti e scopi dell'elettropatologia. — Reuss. Impieghi terapeutici del latte di donna.

Mediz. Welt., 14 set. — M. Gerson. Dietoterapia della tbc. — A. Thimm. Sulla terapia del mal di mare.

Riforma Med., 7 set. — L. Tommasi. Cheirodistrofie da lavoro minuto e ostinato. — O. D'Alocco. Nuovo saggio per la distinz. di essudati e trasudati.

Pathologica, 15 set. — E. Samek. Splenoma. — A. Chinaglia. Pemfigo e bacillo di Radaeli. — G. Lami. Ricambio energetico e sistema elettrolitico.

Studium, 20 ag. — E. Coppa. Obbiettivaz. del dolore attraverso i suoi riflessi.

Ospedale Magg., 31 ag. — G. Santi. Pavor nocturnus ed adenoidismo.

Rev. españ. de Med. y Cir., set. — G. Marañon. Trattam. medico dell'ipertiroidismo. — A. Salvat. L'ospedalizzaz. dei tossicomani.

Riv. di Clin. Med., 15 giu. — A. Montanari. Autoemoagglutinazione.

Bull. Méd., 14 sett., — Numero sulla dengue mediterranea.

Morgagni, 1 sett. — A. Tarsitano. Funzionalità epatica nelle sindromi parkins. post-encefalitiche.

Folia Med., 30 ag. — Velardi. Cirrosi sperimentale. — Bellelli. Filtrabilità del B. anthracis.

Mediz. Klinik, 13 sett. — J. Citron, Loos. Paradeutosi.

Münch. Med. Woch., 13 set. — Bayer. I dolori da freddo contratti nel sonno. — Flusser. Diagn. precoce dell'appendicite infant.

Nederl. Tijdsch. v. Genesk, 14 sett. — H. Aldershf e A. W. Pot. Alastrim.

Revue Méd. Suisse Rom., 10 sett. — H. Tecon. Emottisi non tubercolari.

Gaz. d. Hôp., 14 sett. — C. Ruppe. Distrofie dentarie.

Rass. Clin.-Scientif. ecc., 15 sett. — L. Bacialli. L'esploraz. radiolog. in ginecologia. — G. Lorenzini. La carenza in magnesio.

Arch. Ital. di Urol., 4. — V. Pettinari. Cisti solitarie del rene. — N. Carraro. Dilataz. cistica dell'estremità vescicale dell'uretere.

Dermosifilografo, ag. — N. R. Gazzella. Terapia bismutica nel lupus eritematoso. — N. Coluzzi. Tiosolfato di sodio quale antidoto del tallio.

Sang, 5. — G. Fontès e L. Thinolle. Permeabilità delle emazie ai glicidi del sangue. — R. Poinso e al. Linfogranulomat. mal. senza prurito e senza eosinofilia.

Zbl. f. inn. Med., 14 sett. — W. Olshausen. Aritmia assoluta e suo trattam.

Zbl. f. Chir., 14 sett. — C. Fervers. Anestesia paravertebrale. — C. Joisten. Spondilolistesi.

Chir. degli Org. di Movim., sett. — A. Pellegrini. Amputazione cinematica. — F. Leinati. Riunione e distanze dei monconi di nervi periferici.

Arch. des Mal. des Reins, ag. — L. Ambard e F. Schmid. La diuresi acquosa. — Lepoutre. Palpazione dei reni nella stazione eretta.

Arch. Méd.-Chir. App. Respir., 2. — D. Poboiano e C. Jorosan. Accidenti polmonari consecutivi a traumat. sul cranio. — J. P. Urioste e al. Ascesso gangrenoso polmon. guarito mediante il neosalvarsan per via bronchiale.

Arch. Mal. du Coeur ecc., sett. — G. Agostoni. Lesione del ramo d. del fascio di His — R. Leriche e B. Fontaine. Cura chirurg. dell'angina di petto.

Prensa Méd. Argent., 20 ag. — M. R. Castex. Aleucemia e subleucemia mielogena.

Ann. di Laringol., mar. — M. Belli e F. Carnevale-Ricci. Esame radiologico sulla tbc. laringea.

Presse Méd., 14 sett. — F. Bezançon. Le reazioni pleuriche di vicinanza durante le pneumopatie acute. — A. Machado. Potere cholesterinigeno degli acidi ossigrassi.

Journ. d. Prat., 14 sett. — N. Fiessinger. Azotemie senza significato diagnostico nè pronostico.

Surg., Gyn. a. Obst., sett. — A. Lee McGregor. Il 3° anello inguinale. — R. Bump e S. M. Crowe. Anastomosi uretero-ureterale. — J. Alexander. Tecnica operativa della frenicectomia.

Rivista di Ter. Mod. e Medic. Pratica, Milano, dicembre 1929. — Lavori premiati al concorso Rivendicazioni Scientifiche Italiane. — Per il libro medico Italiano. — Iconografia Medica Italiana. — Notiziario.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 13 Gennaio 1930 Num. 2

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Roma

diretta dal Prof. Sen. E. PESTALOZZA.

L'anestesia del ganglio di Frankenhäuser e del nervo pudendo interno in ginecologia

per la dott.ssa M. ARCIERI.

Dopo quanto si è detto e scritto in riguardo all'anestesia locale con la cocaina, e dopo la constatazione delle larghe applicazioni da essa fornite alla chirurgia, io non ho certo la pretesa di riferire in questa breve nota delle cose nuove, ma mi propongo soltanto di portare a conoscenza del pratico i risultati avuti in alcune mie osservazioni fatte in ginecologia operativa col metodo di anestesia di Gellert che nel congresso di Modena (ottobre 1926) della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, riferivo di aver adoperato in ostetricia.

L'uso dell'anestesia locale novocainica, al contrario di quanto avviene nella chirurgia generale, in oculistica, ecc. non appare ancora abbastanza diffuso in ostetricia e ginecologia per quanto potrebbe essere, pur fornendo essa, in moltissime circostanze, tanti notevoli vantaggi su cui mi pare superfluo intrattenermi. Ora questi vantaggi se possono tenersi in minor conto nelle cliniche, negli ospedali, ove tutto l'attrezzamento e la maggiore assistenza sanitaria rendono facile l'esecuzione di una narcosi generale, riducendo al minimo gli inconvenienti del cloroformio, dell'etere, del cloruro di etile, ecc., sono presi, invece, nella massima considerazione nella pratica privata, dove moltissime volte le difficoltà dell'anestesia costituiscono l'unico ostacolo che metta in imbarazzo l'operatore.

Il metodo di anestesia da me praticato è applicato alla piccola ginecologia per via vaginale e più propriamente alle operazioni eseguite sul collo uterino, sulla vagina e sul perineo.

Prima di parlare del metodo, sarà bene dare un rapido sguardo al modo di innervazione di queste tre zone, per meglio rendersi conto della possibilità di renderle completamente insensibili, attraverso le vie di conduzione nervose che le innervano.

Il *perineo* riceve alcuni filuzzi nervosi dalle radici posteriori del IV nervo sacrale dal quale

si forma il nervo emorroidale, alle cui terminazioni appartiene l'innervazione dello sfintere anale, e della pelle della parte affatto posteriore del perineo.

Il III e il IV sacrale, anastomizzandosi tra loro, danno come ramo collaterale il nervo dell'elevatore dell'ano, il quale si distribuisce alle fibre del muscolo omonimo, avendo prima dato qualche esile filuzzo al muscolo ischio-coccigeo.

Sia l'emorroidale che l'elevatore dell'ano, però, sono di importanza assai trascurabile nell'innervazione perineale, essendo essi costituiti da filuzzi estremamente sottili.

Il tronco nervoso che essenzialmente provvede a innervare il perineo nei suoi muscoli e nei suoi tegumenti è il nervo pudendo interno. Ramo collaterale del plesso sacrale, si origina dall'anastomosi di fibre nervose motrici e sensitive provenienti dal I, II, III, IV sacrale; con decorso discendente nell'interno del bacino, arriva alla grande incisura ischiatica, dalla quale esce in corrispondenza della sua parte inferiore e, circondando la spina ischiatica, per la piccola incisura dello stesso nome, rientra nel bacino. In corrispondenza della tuberosità ischiatica, (punto di repere per l'esecuzione dell'anestesia), si divide in due rami terminali: 1) ramo inferiore o perineale; 2) ramo superiore o clitorideo.

Il ramo inferiore si distribuisce alla parte posteriore del perineo (sfintere anale e pelle che lo ricopre); alla pelle della porzione anteriore del perineo, alle grandi labbra; dà inoltre rami ai muscoli: trasverso del perineo, ischio-cavernoso e bulbo-cavernoso. Da esso si dipartono ancora filuzzi bulbari, uretrali e delle grandi labbra (sensitivi). Il ramo superiore o clitorideo si distribuisce ai corpi cavernosi del clitoride. Un altro nervo collaterale del plesso sacrale entra nell'innervazione del perineo: il nervo gluteo inferiore, che dà sottili ramuzzi al perineo e alle grandi labbra.

Dal plesso sacro-coccigeo, provengono gracili fibre ai muscoli ischio-coccigeo e ano-coccigeo, nonchè filamenti cutanei affatto posteriori.

La vagina e la cervice uterina ricevono la loro innervazione dal plesso ipogastrico o utero-vaginale, costituito dai rami del gran simpatico sacrale.

Il plesso vaginale stende le sue maglie tutto intorno al canale vaginale e manda filamenti al clitoride. Esso è in intima connessione col plesso uterino e i piccoli gangli che li costituiscono raggruppandosi in un grosso unico ganglio, formano il ganglio paracervicale uterino di Frankenhäuser. Detto ganglio è posto simmetricamente a lato della cervice, in corrispondenza del tetto del fornice vaginale posteriore. I filamenti nervosi che si irradiano da esso innervano la vagina e l'intero utero, ma specialmente il collo.

Sintetizzando si può dire che il perineo è innervato quasi in totalità dei rami del pudendo, mentre la vagina e il collo dell'utero ricevono i loro nervi da filamenti che partono dal ganglio utero-vaginale.

Tenuto conto di questi due centri di innervazione, si può procedere ad anestetizzare per conduzione queste regioni, aggredendo le fibre nervose, che le attraversano, al loro punto di partenza: punto di sfioccamento del nervo pudendo interno, ganglio di Frankenhäuser.

Incontrare questi centri nervosi, come vedremo nella descrizione della tecnica, è facilissimo e l'anestesia si determina subito dopo 5, 10 minuti e permane per una durata sempre sufficiente a condurre a termine qualsiasi operazione che si possa praticare su queste tre zone.

Il metodo è assolutamente scevro di qualsiasi pericolo, poichè il liquido anestetizzante è sufficiente in quantità relativamente piccola e agisce, come s'è visto, esclusivamente nel campo dei nervi periferici. Nessuna preoccupazione si può, quindi, avere per eventuali incidenti generali.

Con l'anestesia per conduzione, viene, inoltre, eliminato l'inconveniente imputabile alla anestesia locale per infiltrazione, di turbare, cioè, con la presenza di liquido nei tessuti, i processi di rigenerazione e di ostacolare, quindi, la guarigione per primam.

Non mi pare il caso di fare raffronti con l'anestesia generale, con l'anestesia spinale, l'epidurale, la transacrale, la parasacrale, poichè per le prime due sono notori i pericoli per l'ammalata e le difficoltà di esecuzione, mentre per le tre forme di anestesia sacrale, si ha una tecnica abbastanza complicata e qualche volta non rispondono bene.

Tecnica. Per l'anestesia di conduzione del nervo pudendo Sellheim procede in questo modo: posta la paziente in posizione ginecologica, con un dito si fissa la tuberosità ischiatica; un altro dito introdotto in vagina cerca la parte interna della spina dell'ischio, là dove il nervo esce dalla piccola incisura ischiatica, e un terzo dito controlla la direzione dell'ago sottilissimo, il quale viene infisso dalla parete laterale della vagina verso la tuberosità ischiatica; si devia, quindi, un po' lateralmente e all'interno e quivi si iniettano 5 cmc. di soluzione anestetizzante. La puntura del nervo provoca vivo dolore.

Müller infigge l'ago in corrispondenza del punto medio della linea che congiunge l'orificio anale alla parte più sporgente della tuberosità ischiatica e lo dirige lungo la faccia interna della branca ascendente dell'osso ileo; il punto di iniezione sta tre dita trasverse dall'ano.

Polgar consiglia, a prevenire eventuali lesioni dei vasi sanguigni, di fare l'iniezione dalla vagina, la quale è separata dalla tuberosità ischiatica da una distanza pressochè costante di 5 cm.

Io ho proceduto nella maniera seguente: messa la donna in posizione ginecologica, si va alla ricerca della tuberosità ischiatica la quale è più facilmente reperibile se si fanno tenere gli arti inferiori fortemente flessi sull'addome; si pratica accurata disinfezione della cute che la ricopre. S'infigge, quindi, l'ago medialmente alla tuberosità stessa, fino ad arrivare in immediato contatto col periostio, quindi si devia l'ago medialmente fino a farlo penetrare nelle parti molli per la profondità di 5 centimetri. La direzione dell'ago è diretta verso la sinfisi pubica in maniera da formare con questa un angolo di circa 45°. In corrispondenza di questo punto si raggiunge quasi sempre il tronco del pudendo, in prossimità del suo punto di sfioccamento. Vi si iniettano 5 cmc. di una soluzione di novocaina all'1 %. Un'altra simile iniezione viene praticata simmetricamente dal lato opposto.

Per ottenere un'anestesia completa, è necessario praticare l'infiltrazione delle grandi labbra e della cute del perineo, che, come abbiamo visto, ricevono parte della loro innervazione da rami estranei al nervo pudendo. A questo scopo, però, basta iniettare scarsa quantità di soluzione, poichè parte dell'anestesia si ottiene per conduzione.

Per l'anestesia dal ganglio di Frankenhäuser si procede come segue: Praticata la tricotomia e la disinfezione dei genitali esterni, si mette allo scoperto, per mezzo di valve vaginali, il collo dell'utero, il quale viene anche disinfettato fino ai fornici, specie il posteriore. Con una pinza di Hegar si afferra la cervice che viene stirata alquanto in alto, in maniera da mettere bene in evidenza la volta del fornice posteriore. S'introduce, allora, l'ago lateralmente alla portio e posteriormente nel tessuto paracervicale uterino, con direzione leggermente obliqua verso l'interno e così profondamente che l'ago si mantenga in situ da sè; si iniettano 5 cmc. di soluzione di novocaina all'1 %. Una iniezione simile viene praticata simmetricamente dal lato opposto.

Dopo cinque minuti si ottiene un'anestesia completa del collo uterino, la quale consente qualsiasi intervento sul collo.

L'anestesia di tutta la vagina si consegue praticando sia l'anestesia del ganglio di Frankenhäuser, sia quella del nervo pudendo, i quali, come abbiamo visto, si distribuiscono: il primo alla parte alta e media della vagina mentre il secondo partecipa alla innervazione della parte bassa.

In qualche caso, in cui i fili nervosi provenienti da altre vie assumono uno sviluppo alquanto più notevole dell'ordinario, sicchè la anestesia dei due centri nervosi abitualmente praticata, non riesce completissima, si potrà provvedere iniettando per infiltrazione ancora qualche centimetro cubico di soluzione di anestetico, il quale completa infallibilmente l'insensibilità dolorifica.

Sostanza anestetica. Come viene usato generalmente nella chirurgia generale per ogni forma di anestesia locale, nei casi da me osservati ho sempre adoperata la novocaina idroclorato, preferendola agli altri alcaloidi simili (meocaina, procaina, allocaina, scurocaina, ecc.), che pure sono adoperati da qualche operatore. La soluzione era preparata all'1 % e in primo tempo vi era addizionata una goccia di adrenalina al millesimo, che in secondo tempo ho eliminata per prevenire gli eventuali inconvenienti a cui potrebbe esporre questo farmaco. Giova, però, notare che nessun disturbo essa ha determinato nei casi in cui è stata adoperata, sia durante l'intervento che nel periodo postoperatorio.

La quantità complessiva di soluzione di novocaina adoperata ha oscillato intorno a una media di 30 cmc., pari a 30 ctg. di alcaloide.

L'azione dell'anestetico ha raggiunto la sua completezza dopo 5-10 minuti e si è sempre conservata fino al termine dei vari interventi. Non ho mai adoperato iniezioni preparatorie a base di morfina, scopolamina, veronal, ecc., perchè esse possono dare sorprese incresciose durante e dopo il periodo di anestesia.

CASISTICA.

Caso I (Sch. 3; Sez. Ginecologica, 1927). — L. Scolastica, a. 27. Eredità negativa. Mestruata a 19 anni, regolarmente. Mestruazioni successive mensili leggermente anticipanti. Ultima mestr. il 20 dicembre 1926. Ha sofferto di anemia. Condizioni generali buone. Da qualche mese diminuzione della mestruazione. Vuol curare la sua sterilità.

Diagnosi clinica. — Stenosi del canale cervicale e antiflessione uterina.

Cura chirurgica. — Anestesia del ganglio di Frankenhäuser con 2 iniez. di 5 cmc. ciascuna

di soluzione di novocaina all'1 %. Anestesia ottima dopo 10' fino a tutta la durata dell'intervento. La paziente è stata tranquilla e non ha dato alcuna manifestazione di dolore. Decorso pst-operatorio buono.

Dilatazione del collo uterino con la serie degli Hegar fino al N. 11. Discissione del collo, applicazione di Lefour.

CASO II (Sch. 27; Sez. Ginecologica, 1927). — T. Marianna, a. 52. Nulla nei precedenti famigliari e personali. Da 12 anni mestruazioni dolorose, abbondanti, saltuarie. Ultima mestruazione il 30 novembre 1926, a tipo menorragico che si continua tuttora (18-1-27). Accusa leucorrea abbondante, alvo stitico, dolori al q. a. i. d. e all'ipogastrio d. Condizioni generali discrete.

Il 19-1 con l'anestesia del ganglio di Frankenhäuser, si pratica il raschiamento della cavità uterina, preceduto dalla dilatazione del canale cervicale con la serie degli Hegar.

L'ammalata ha accusato soltanto senso di stiramento alla regione retropubica, ma nessun senso di dolore.

CASO III (Sch. 43; Sez. Ginecol., 1927, 2-II). — S. Albina, a. 40. Una gravidanza a termine con parto spontaneo e un aborto al III mese. Da circa un anno accusa senso di peso al basso ventre con dolori ai q. a. i. più accentuati a s. e alla regione lombo-sacrale. Detti dolori sono andati sempre più aumentando specie nel periodo mestruale; alle volte durante la mestruazione detti dolori si accompagnano a febbre modica.

Diagnosi clinica. — Prolasso vaginale.

18-II. Colpoperineoplastica col metodo Pestalozza, previa anestesia del nervo pudendo e infiltrazione del campo operatorio con 5 cmc. di soluzione di novocaina all'1 %. Insensibilità dolorifica completa. L'ammalata si mantiene di buon umore durante l'atto operativo. Decorso post-operatorio buono. In VI giornata si tolgono i punti: adesione buona.

CASO IV (Sch. 85; Sez. Ginecologica, 1927, 7-3). — B. Assunta, a. 32. Coniugata da 6 anni; ebbe 5 gravidanze a termine espletate con parti spontanei. Puerperi afebbrili; dopo l'ultimo parto avvenuto un anno fa, ha notato perdite leucorroiche, senso di peso ai genitali esterni, cefalee

Diagnosi clinica. — Leucorrea per prolasso vaginale da antica lacerazione vagino-perineale.

9-3. Plastica vagino-perineale col metodo Pestalozza. Si è praticata l'anestesia del nervo pudendo, e l'infiltrazione del campo operatorio con 4 cmc. di soluzione all'1 % di novocaina.

Tutta l'operazione si è svolta in completa anestesia. In VII giornata si tolgono i punti; adesione buona.

CASO V (Sch. 107; Sez. Ginecologica, 1927, 21-3). — R. Cleofe. Prima mestruazione a 16 anni, abbondante, seguirono tre mesi di amenorrea. Mestruazioni successive regolari per ritmo e quantità; da 7 anni le mestruazioni sono divenute abbondanti e anticipano da 10 a 12 giorni, ultima mestr. il 4-3 abbondante. Ha avuto due gravidanze a termine, parto spontaneo.

Esame vag. — Utero in retroversione, aumentato di volume e consistenza. Nulla agli annessi. 2-4. Raschiamento diagnostico, previa dilatazione cogli Hegar eseguita con anestesia del ganglio di Frankenhäuser. La paziente non manifesta alcun senso di dolore.

CASO VI (Sch. 112; Sez. Ginecologica, 1927, 23-3). — R. Rosa, a. 28. Coniugata a 22 anni, ebbe 6 gravidanze a termine; parti e puerperi fisiologici. Da circa 2 anni dolori addominali che si esacerbano con l'ingestione di cibi e sono andati sempre più aumentando. Da circa 20 giorni dolori lombari sacrali. Da 4 anni scolo giallastro dai genitali esterni di cattivo odore. Bruciore alla minzione. Alvo irregolare; non febbre.

Diagnosi clinica. — Leucorrea da prolasso vaginale da pregressa lacerazione vagino-perineale.

Il 26-3 si pratica l'anestesia del nervo pudendo; s'iniettano cmc. 5 di novocaina all'1 % e si pratica sotto l'anestesia ottima la perineoplastica col metodo Pestalozza.

In VI giornata si rimuovono i punti e si constata l'ottima adesione della ferita.

CASO VII (Sch. 171; Sez. Ginecol. 29-4-1927). — P. Clementina, a. 29. Mestruazione a 13 anni regolarmente, ebbe poi un anno di amenorrea, quindi mestruazioni dolorose, mensili. Nullipara.

Diagnosi clinica. — Stenosi del canale cervicale, causa di dismenorrea e sterilità.

29-4-1927. Previa anestesia del ganglio di Frankenhäuser, si procede alla dilatazione del canale cervicale con la serie degli Hegar fino al N. 10 e si applica quindi un pessario endouterino di Lefour. Ottima l'anestesia.

CASO VIII (Sch. 184; Sez. Ginecologica, 9-5-27). — R. Tecla, a. 36. Coniugata da 25 anni. Ebbe 6 gravidanze a termine; 3 in aborto. Parti spontanei; il 1° puerperio febbrile. La paziente accusa dolori al bassoventre, senso di peso ai genitali, abbondanti perdite bianche, alvo regolare, minzione urente.

Diagnosi clinica. — Cisto e rettocele da pregressa lacerazione vagino-perineale.

14-5. Praticata l'anestesia del ganglio di Frankenhäuser e leggera infiltrazione della parete vaginale, si anestetizza il tronco del nervo pudendo e si pratica la plastica anteriore e la posteriore col metodo Pestalozza. Quantità di liquido adoperato cmc. 35. La paziente ha sopportato l'intervento senza la minima manifestazione di dolore.

CASO IX (Sch. 96; Sez. Ginecologica, 3 marzo 1929). — F. Giulia, a. 37. Mestruata a 14 a., mestruazioni successive posticipanti di 10 a 15 giorni. Ebbe tre gravidanze, la seconda delle quali espletata con applicazione di forcipe per macrosomia fetale; puerperio febbrile.

Da vario tempo accusa dolori al q. a. d. e senso di peso ai genitali.

Diagnosi clinica: Lacerazione vagino-perineale.

6-3: Anestesia del nervo pudendo e per infiltrazione delle grandi labbra. Si pratica la perineo plastica col metodo Pestalozza, senza risvegliare il più piccolo dolore. In VI giornata si rimuovono i punti; adesione buona.

CASO X (Sch. 139; Sez. Ginecologica, 2-III-29). — G. Giuseppina, a. 67. Coniugata da 25 anni, ha avuto dodici gravidanze a termine con parti

e puerperi fisiologici. Da circa due mesi si è accorta che dalla vulva fuoriesce una massa carnosa grossa come un uovo; ha notato da circa un mese scarse perdite di sangue e perdite biancastre dai genitali.

Diagnosi clinica: Cisto e rettocele. Erosione semplice a tipo papillare del muso di tinca (confermata dall'esame microscopico).

10-VI: Mediante anestesia per conduzione del ganglio di Frankenhäuser e del nervo pudendo, e per infiltrazione, si pratica la plastica vaginale, anteriore e posteriore e la perineorrafia. La paziente non accusa dolore.

In VII giornata si rimuovono i punti; adesione della ferita buona.

CASO XI (Sch. 210; Sez. Ginecologica, 10-V-29). — P. Rosa, a. 33. Tre gravidanze a termine; una espletata con parto podalico, un'altra complicata da placenta previa; un'altra con parto spontaneo ma feto morto macerato. Da circa un anno la paziente avverte senso di peso ai genitali esterni e senso di stiramento alle reni.

Leucorrea giallastra, alvo stitico, minzione normale.

Diagnosi clinica: Cervicite, lacerazione perineale.

14-V: Anestesia del ganglio di Frankenhäuser e del nervo pudendo ben riuscita. Si pratica la stomatoplastica cervicale e la perineoplastica.

In VII giornata si tolgono i punti; adesione buona.

CASO XII (Sch. 209; Sez. Ginecologica, 1929, 1-V). — R. Angela, a. 33. Mestruata a 12 a. ebbe mestruazioni sempre regolari; nel 1928 soffrì di pleurite; ebbe 4 gravidanze in aborto, di cui l'ultimo il 2 aprile; accusa perdita giallastre dai genitali e bruciore nella minzione; alvo stitico.

11-V-1929: Previa anestesia del ganglio di Frankenhäuser si pratica la dilatazione del canale cervicale e quindi si procede ad un raschiamento a scopo diagnostico. Zaffo cervico-vaginale con garza jodoformica. L'operazione decorre tranquillamente, senza alcuna manifestazione dolorosa da parte della paziente.

CASO XIII (Sch. 219; Sez. Ginecologica, 1929, 16-V). — D. G. Giuseppina, a. 27. Sterilità in 8 anni di matrimonio. Ha avuto l'applicazione di un pessario endouterino un anno dopo il matrimonio; in seguito le è stata praticata la dilatazione progressiva del canale cervicale con la serie di Hegar che, a detta della paziente, fu estremamente dolorosa, tanto che non si potè oltrepassare il N. 7. Da circa due anni, dopo la mestruazione, ha scarsa perdita di sangue.

Si pratica l'anestesia del ganglio di Frankenhäuser e dilatato il canale cervicale con la serie degli Hegar fino al N. 10, si pratica il raschiamento dell'endometrio.

Durante l'intervento la paziente è stata molto tranquilla e non ha accusato alcun senso doloroso, pur essendo stata la dilatazione abbastanza difficoltosa per la rigidità notevole dei tessuti.

CASO XIV (Sch. 244; Sez. Ginecologica, 1929, 30-V). — V. Teodolinda, a. 51. Amenorroica dal dicembre del 1928. Ha avuto 6 gravidanze a termine e 2 aborti ai primi mesi. Il 1912 ha avuto un parto con applicazione di forcipe per inerzia uterina. Da circa 3 anni accusa senso di stiramento al basso ventre e senso di peso ai genitali esterni. Leucorrea giallastra. Minzione frequente, spesso urente.

Diagnosi clinica: Notevole prolasso vaginale da antica lacerazione vagino-perineale.

Si pratica la perineo-plastica col metodo Pestalozza, previa anestesia del tronco del pudendo interno e infiltrazione della zona d'operazione con soluzione di novocaina all'1 %.

L'anestesia riesce completa per tutto il tempo dell'operazione.

In VII giornata si tolgono i punti; ferita perfettamente adesa.

CASO XV (Sch. 356; Sez. Ginecologica, 1929, 5-VI). — S. Antonina, a. 38. Mestruazione regolare, coniugata da 8 anni, ha avuto un aborto 7 anni fa e poi non è più rimasta incinta.

Diagnosi: Endometrite cronica post-abortiva.

5-VI: Praticata l'anestesia del ganglio di Frankenhäuser si procede alla dilatazione del canale cervicale con la serie degli Hegar; sebbene i tessuti offrono notevole resistenza per la loro rigidità; pure si riesce ad introdurre i dilatatori, fino al N. 9, senza che la paziente accusi senso di dolore; si procede quindi, al raschiamento dell'endometrio.

CASO XVI (Sch. 262; Sez. Ginecologica, 1929, 1-VI). — Bianca P., a. 39. Anamnesi negativa. Coniugata da 7 anni, ha avuto 2 gravidanze a termine, di cui una espletata con applicazione di forcipe; da circa 5 mesi accusa senso di peso al basso ventre e alla regione lombare.

Minzione frequente e lievemente urente; alvo diarroico.

Diagnosi clinica: Prolasso vaginale da pregressa lacerazione vagino-perineale.

10-VI: Anestesia locale per conduzione del nervo pudendo e per infiltrazione con 5 cmc. di soluzione novocainica all'1 %. Colpoperineoplastica col metodo Pestalozza. Anestesia completa e duratura.

In VI giornata si tolgono i punti; adesione per primam.

CASO XVII. — A. Virginia, a. 34. Nulla di notevole nell'anamnesi familiare; ha avuto tre gravidanze fisiologiche, dopo primo parto fu contagiata di blenorragia; e persiste tuttora perdita giallastra dai genitali.

Il 24-V-1929, nel reparto ginecologico della nostra Clinica si opera ambulatoriamente per una cisti della parete latero-posteriore della vagina. L'anestesia per conduzione praticata in questo caso è riuscita completa.

CASO XVIII (Sch. 789; Sez. Ostetrica, 26-III-1929). — L. Olga, a. 32. Anamnesi familiare negativa. Ha sofferto di tifo a 5 anni e di malaria a 6. Coniugata da otto anni con uomo affetto da blenorragia. Tre anni fa ha avuto emottisi che si sono ripetute durante l'attuale gravidanza. Ha avuto una gravidanza a termine e un aborto al 2° mese.

Diagnosi clinica: Gravidanza nel corso del 5° mese, complicata da tubercolosi polmonare ulcerosa.

Il 31-V si procede all'interruzione della gravidanza: dilatato il canale cervicale colla serie degli Hegar fino al N. 15, si applica un palloncino di Barnes; il 2 giugno non avendo questo determinato il travaglio, col dilatatore Bossi-La Monica

si completa la dilatazione dell'utero fino a portarlo a 6 cm. Si rompe quindi il sacco e si estrae il fetino, afferrandolo per un arto inferiore. Oppone molta resistenza nell'estrazione la testa, che si stacca dalla colonna cervicale. Ma poi viene estratta con pinze Musseaux. Secondamento digito-strumentale.

L'intervento è stato eseguito con l'anestesia del ganglio di Frankenhäuser e la paziente lo ha sopportato bene nonostante le sue condizioni di notevole deperimento. Dolorabilità nulla.

I casi riferiti sommano complessivamente a 18; il numero non è molto alto; però comprende, se non tutti, buona parte degli interventi che si suole praticare sulla cervice, sulla vagina e sul perineo.

Ho riferito i risultati incoraggianti da me ottenuti, acciocchè il metodo dell'anestesia locale per infiltrazione, riprovato da altri operatori, possa avere in ginecologia una più ampia applicazione, e perchè il pratico possa in esso trovare spianato quello che costituisce uno dei più grandi ostacoli nella pratica privata; l'anestesia generale per piccoli interventi.

Lungi da facili entusiasmi o da infondate antipatie sia la tecnica riprovata e serenamente giudicata, sicchè il metodo possa essere vagliato nel suo valore intrinseco e in rapporto ai metodi consimili in correlazione alle necessità della pratica privata, più che con quelle degli ambienti ospedalieri e delle cliniche.

RIASSUNTO.

L'anestesia del ganglio di Frankenhäuser e del nervo pudendo interno in ginecologia si pratica con soluzione di novocaina all'1 % ed è sufficiente per eseguire tutte le operazioni che si suole praticare sulla cervice, sulla vagina e sul perineo. La tecnica è semplice e i risultati buoni.

Sono riferiti 18 interventi eseguiti con questa anestesia e in tutti si è avuta l'insensibilità completa, nessun inconveniente nè durante, nè dopo l'intervento, onde pare che il metodo sia raccomandabile nella piccola ginecologia per vaginam, specie nella pratica privata.

NOTE E CONTRIBUTI.

Dispensario Antitubercolare "Banco di Sicilia,, di Palermo.

La collassoterapia si può eseguire in ambulatorio? (1)

Prof. G. FERNANDEZ, direttore.

Pochi argomenti di terapia sono stati tanto studiati quanto quello riguardante il pneumotorace artificiale: eppure, dobbiamo riconoscerlo, sono ancora assai numerose le lacune che in esso si riscontrano, e non pochi ed importanti quesiti attendono di essere risolti.

In occasione di questo congresso mi è sembrato non privo di interesse richiamare l'attenzione su di una questione, che da qualche tempo si dibatte, e che, in pratica, ha una grande importanza: cioè se la collassoterapia si possa eseguire nei dispensari.

Non trovo necessario ricordare come tale quesito sia sorto, nè riassumere le discussioni avvenute in Italia e più all'estero, nè i risultati delle inchieste fatte: l'accordo non è stato raggiunto. Ed invero alcuni pensano che è prudente riservare tale cura ai degenti nei sanatori e nelle cliniche, altri, invero più numerosi, sostengono che può essere fatta in ambulatorio, e la praticano largamente; altri infine, allo scopo di conciliare le due opposte tendenze, propongono di riservare ai dispensari la pratica dei rifornimenti degli ammalati nei quali il PNX è stato iniziato in sanatorio, oppure obbligano gli infermi di rimanere ricoverati per una diecina di giorni nel dispensario ed all'uopo adibiscono un paio di stanze del dispensario come reparto di degenza.

Siccome l'Istituto che ho l'onore di dirigere è stato tra i primi in Italia ad iniziare la collassoterapia e ad estenderla ad un numero notevole di infermi, così ritengo doveroso intervenire nel dibattito, per far nota l'esperienza acquistata.

* * *

Gli oppositori della collassoterapia in ambulatorio, mi riferisco a quelli sinceri, disinteressati, competenti, adducono come ragione fondamentale della loro tesi che la cura in parola non è scevra di pericoli. Non è qui certamente il caso di ricordare i vari inconvenienti che si possono avere: però desidero far riflettere che le complicanze tardive, le quali non minacciano mai rapidamente la vita degli infermi, non possono controindicare la

(1) Comunicazione fatta al III Congresso Nazionale contro la tubercolosi in Palermo (6-9 ottobre 1929-VII).

cura in ambulatorio. Tali complicanze vengono facilmente diagnosticate, ed in questi casi è doverosa prudenza sospendere i rifornimenti, o continuarli a domicilio od in sanatorio.

Gli incidenti immediati poi, se sono lievi, non destano mai alcun allarme nel personale già allenato. Se sono gravi possono essere ugualmente combattuti tanto nel sanatorio che nel dispensario.

Difatti nell'uno e nell'altro si trovano presenti all'atto operativo più medici dei quali alcuni già specializzati, non solo conoscono tali disgraziate evenienze, ma sanno ed hanno a disposizione i mezzi per combatterli. Nell'ambulatorio poi si trova lo stesso armamentario del sanatorio: fiale con adrenalina, lobelina, sparteina, caffeina, olio canforato, ecc., siringhe di diverso calibro, si tiene sempre pronta la siringa per l'iniezione intracardiaca; l'ammalato in ambulatorio in caso di bisogno, può quindi ricevere gli stessi aiuti come se ricoverato in sanatorio.

Superato il pericolo immediato non resta che la questione del trasporto: l'ammalato del sanatorio rimane o viene facilmente adagiato sul suo letto, quello del dispensario deve essere trasportato a casa. Non mi pare che ciò sia una seria ragione per sconsigliare la cura in ambulatorio.

Allorchè il pericolo è stato felicemente superato, se l'ammalato si rimette bene, e non si teme altro pericolo, viene in barella od in carrozza trasportato a casa: se la prognosi invece lascia dei dubbi, è prudente consigliare che rimanga la notte nel dispensario, senza che in esso si trovi uno speciale attrezzamento.

L'esito finale di tali incidenti immediati gravi, in conclusione, a mio modo di vedere, non è dipendente dal *luogo* nel quale si pratica la cura ma da un complesso di condizioni, tra le quali, mi si consenta, deve essere posta la *capacità* del personale sanitario addetto.

Così convinto nel 1923 di ritorno da un viaggio in Francia, dove avevo visto generalizzata la collassoterapia, non esitai ad iniziarla qui nel mio dispensario, dove, da anni, per l'impossibilità di ricoverare in sanatorio tutti i casi trattabili avevo visto peggiorare e morire ammalati che la cura avrebbe sicuramente salvati.

Non ebbi sul principio incoraggiamenti da parte degli amministratori, che forse, se da un lato desideravano lodare la mia iniziativa, temevano dall'altro le eventuali complicanze; la cura poi non collimava con l'indirizzo esclusivo profilattico, che si voleva imprimere all'Istituto.

Nel primo anno furono pochi i casi trattati: ragioni varie si opponevano alla estensione della cura: la mancanza di un apparecchio radiologico, l'insufficiente preparazione degli assistenti, la diffidenza degli infermi ai quali non si tacevano gli eventuali pericoli.

I successi corrisposero alle previsioni; la diffidenza degli ammalati, si trasformò in pressante richiesta, venne subito completato l'impianto radiologico, necessario per la sorveglianza continua della cura; l'affluenza di numerosi medici, desiderosi di apprendere la condotta della cura, spianò la via alla collassoterapia che dal 1924 è entrata nelle comuni mansioni dell'Istituto, del quale costituisce uno dei più importanti mezzi terapeutici.

Nel 1924 furono curati 12 ammalati; nel 1925 n. 24; nel 1926 n. 67; nel 1927 n. 41; nel 1928 n. 45; e nel 1929 fino a tutto settembre n. 56.

Complessivamente si sono fatti n. 3728 rifornimenti: al numero dei curati di cui sopra va aggiunto quello di molti altri infermi nei quali la cura è stata iniziata, e dopo qualche tempo interrotta o per la recezione in sanatorio, o per peggioramenti controlaterali, o per rapido spostamento del mediastino o per altre difficoltà tecniche. Come del pari non è compreso nel numero di cui sopra un'altra serie di casi nei quali la cura è stata iniziata a scopo di studio: pneumotoraci bilaterali a bassa tensione, ecc., i risultati dei quali sono stati alcuni pubblicati, altri lo sono in corso. Solo nel 1929 sono stati trattati 8 ammalati con PNX bilaterale dei quali ha riferito in questo Congresso uno degli assistenti.

In tutto questo grande numero di rifornimenti non sono mancati degli incidenti: in massima parte sono stati lievi e gli infermi hanno potuto raggiungere il loro domicilio. Solo in due casi si sono manifestati fenomeni allarmanti — gravi choch — che hanno richiesto come ultima *ratio* la rianimazione del cuore mediante l'iniezione intracardiaca di adrenalina: l'uno e l'altro felicemente superati. Nel primo caso comunicato nel 1927 all'Accademia di medicina di Palermo, è importante il rilevarlo, tale non desiderata evenienza si ebbe al 22° rifornimento: nel secondo caso riferito in questo congresso alla decima puntura.

L'esito fortunato ottenuto in questi due casi sta a conferma del mio presupposto: cioè che gli ammalati in ambulatorio possono avere gli stessi aiuti e quindi le medesime garenzie di quelli che si trovano ricoverati. E sono ancora più convinto di questo asserto pensando ai casi seguìti da esito letale in ammalati degenti nei sanatori.

In fine siccome tali incidenti non sono prevedibili e possono aversi tanto nelle prime introduzioni gassose come negli ultimi rifornimenti così non trovo neanche giustificato costringere gli infermi a rimanere degenti nel dispensario nei primi giorni della cura.

In conclusione una disamina attenta e serena delle gravi evenienze immediate della cura deve convincere che esse non possono essere attribuite al luogo nel quale la cura va fatta e nutro fiducia che tale prezioso sussidio terapeutico — gloria veramente italiana — venga sempre più estesa a vantaggio dei numerosi sofferenti.

RIASSUNTO.

L'A. comunica i risultati della sua lunga esperienza allo scopo di apportare un buon contributo personale nella questione che si agita da alcuni anni in Italia ed all'estero, se cioè la collassoterapia si può eseguire nei dispensari.

Premette brevi considerazioni dalle quali chiaramente scaturisce che i pericoli della cura, quelli immediati e gravi, non possono essere attribuiti alla peculiarità dell'intervento; e che, se insorgono inattesi, possono essere ugualmente combattuti tanto nei dispensari che nei sanatori.

Cita di avere avuto — due sole volte — occasione di praticare le iniezioni intracardiache di adrenalina per vincere gravi shocks consecutivi a rifornimenti: entrambi superati felicemente. Mette in confronto tale risultato ottimo con gli esiti infausti avvenuti per le stesse cause in ammalati degenti in vari luoghi di cura.

Si dichiara pertanto convinto fautore della cura ambulatoria e si augura di vederla presto fatta in tutti i dispensari d'Italia, anche i più modesti.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA.

Contributo alla diagnosi differenziale fra tifo e tifobacillosi di Landouzy.

Dott. INNOCENZO NUVOLI, assistente.

Queste due malattie, pure essendo tanto differenti riguardo alla loro etiologia, patogenesi, anatomia patologica, tuttavia clinicamente possono rassomigliarsi in modo che talvolta la loro diagnosi differenziale offra serie difficoltà, anzi posso dire, che talvolta essa si fa soltanto in base alle prove biologiche, quali, in caso di tifo, emocultura e sierodiagnosi. A queste due prove di gabinetto possiamo aggiungere la cutireazione di von Pirquet.

Al VII padiglione del Policlinico, dietro suggerimento del prof. Uberto Arcangeli, abbiamo potuto sperimentare il comportamento di quest'ultima prova sia nel tifo, che nelle tifobacillosi, giungendo a risultati tali da poter dire di essere riusciti a portare un contributo alla diagnosi differenziale fra queste due malattie. Il reperto di una cutireazione negativa nel tifo durante il periodo febbrile ci è apparso quasi costante; solo in tre casi tale reperto ha avuto un esito contrario. Abbiamo sperimentato in n. 57 casi di tifo. La tubercolina adoperata è stata l'antitubercolina di Maister Lucius.

Tale risultato negativo di fronte alla cutireazione in malati di tifo addominale fu riscontrato dallo stesso von Pirquet.

Egli vide che la cutireazione nei tubercolosi malati di tifo era negativa per tutto il periodo dell'esantema, per ricomparire positiva in convalescenza.

Secondo le nostre esperienze tale prova rimane negativa per tutto il periodo febbrile del tifo, cioè durante tutta la malattia, per ricomparire positiva solo durante la convalescenza.

Von Pirquet spiega tale comportamento, dei tifosi verso la cutireazione, ammettendo che l'infezione tifosa faccia scomparire gli anticorpi specifici per l'infezione tubercolare, procurando così uno *stato di anergia*, cioè una incapacità temporanea dell'organismo a produrre anticorpi specifici per infezioni che non siano quella tifosa, quasi che tutte le energie organiche dell'individuo siano chiamate alla difesa contro l'infezione acuta, che minaccia la vita.

Uno stato analogo di anergia si avrebbe secondo Debra nell'influenza e secondo Netter e Porah nella scarlattina e nel morbillo.

Secondo alcuni questo stato di anergia sarebbe la causa per cui, dopo o durante le sud-

dette malattie infettive acute, assistiamo ad una insorgenza di infezioni secondarie, quali la tubercolosi: i bacilli di Koch, che erano ospiti innocui, perchè non riuscivano a svilupparsi nell'organismo, o che, se vi penetravano, erano subito distrutti, in tali condizioni invaderebbero l'organismo e vi esplicherebbero impunemente la loro azione patogena.

Gli anticorpi che scompaiono, sono o anticorpi batteriolitici specifici o, molto più probabilmente, sostanze che favoriscono la fagocitosi delle opsonine. A tale proposito si è pensato alle tre seguenti ipotesi:

1) che i germi infettanti primitivi neutralizzino gli anticorpi del sangue normale, cosicchè l'organismo rimanga indifeso per le ulteriori invasioni microbiche;

2) che i germi infettanti primitivi impediscano la produzione di anticorpi (Lustig e Galeotti);

3) che i germi infettanti primitivi distruggano l'attività complementare di già tanto labile per se stessa.

Quale di questa ipotesi sia vera a noi poco importa, ciò che importa è far rilevare il fatto, che *nei tifosi la cutireazione è negativa durante tutto il periodo febbrile, per ricomparire positiva nella convalescenza.*

Questo dato di fatto biologico acquista maggiore importanza, quando si paragoni al comportamento dei malati di tifobacillosi verso la cutireazione di von Pirquet. In questi malati noi abbiamo trovato la cutireazione costantemente e manifestamente positiva. Il comportamento quindi della cutireazione in malati affetti da febbre continua-remittente, in cui la diagnosi differenziale fra tifo e tifobacillosi rimanga oscura, può assumere importanza capitale e può far concludere per un tifo se essa è negativa, per una tifobacillosi se positiva.

Malati di tifo.

Nome e Cognome	Emocultura in bile	Vidal	Cutireazione in malattia	Cutireazione in convalescenza
B. V., da Fabriano . . .	In 4ª giorn. +	—	In 4ª giorn. —	In 14ª giorn. +
A. E., da Ariccia	—	In 20ª giorn. +	In 20ª giorn. —	In 16ª giorn. +
A. A., da Sinigallia . .	—	In 18ª giorn. +	In 18ª giorn. —	In 9ª giorn. +
S. A., da Roma	—	In 16ª giorn. +	In 16ª giorn. —	In 16ª giorn. +
G. M., da Rocca di Papa	—	In 12ª giorn. +	In 16ª giorn. + (debolmente)	In 16ª giorn. +
B. S., da Genzano . . .	—	In 10ª giorn. +	In 10ª giorn. + (debolmente) In 34ª giorn. —	In 2ª giorn. + (debole)
D. B., da Rocca di Papa	In 7ª giorn. +	In 7ª giorn. +	In 7ª giorn. —	In 14ª giorn. +
D. L., da Aquila	In 12ª giorn. +	In 12ª giorn. +	In 12ª giorn. —	In 22ª giorn. +
C. L., da Marino	In 10ª giorn. —	In 10ª giorn. +	In 10ª giorn. + (debole)	In 12ª giorn. +
P. L., da Roma	In 5ª giorn. +	—	In 5ª giorn. —	In 14ª giorn. +
M. G.	In 6ª giorn. +	—	In 7ª giorn. —	In 13ª giorn. +
C. A., da Genzano . . .	In 9ª giorn. +	In 9ª giorn. +	In 9ª giorn. — In 39ª giorn. —	In 7ª giorn. +
L. E., da Genzano . . .	—	In 12ª giorn. +	In 13ª giorn. — In 47ª giorn. — In 57ª giorn. —	In 8ª giorn. +
S. I., da Genzano . . .	In 8ª giorn. +	—	In 19ª giorn. —	In 10ª giorn. +
C. R., da Genzano . . .	In 8ª giorn. +	—	In 9ª giorn. —	In 10ª giorn. +
I. R., da Moggio Udinese	In 7ª giorn. +	—	In 8ª giorn. + (Si mantiene + per tutto il decorso della malattia).	+

Nome e Cognome	Emocultura in bile	Vidal	Cutireazione in malattia	Cutireazione in convalescenza
S. D., da Gualdo Tadino	In 18ª giorn. —	In 8ª giorn. +	In 8ª giorn. + (debole)	Un giorno prima dell'uscita +
B. E., da Genzano . . .	In 7ª giorn. rimane sterile	In 10ª giorn. +	In 10ª giorn. —	In 6ª giorn. +
C. I., da Roma	—	In 11ª giorn. +	In 6ª giorn. —	In 9ª giorn. +
I. V., da Genzano . . .	In 6ª giorn. +	—	In 6ª giorn. —	In 9ª giorn. +
P. A., da Genzano . . .	In 7ª giorn. +	—	In 7ª giorn. —	In 10ª giorn. +
R. N., da Salesano . . .	—	In 11ª giorn. +	In 11ª giorn. + (debole) In 18ª giorn. —	In 7ª giorn. +
U. C., da Roma	In 9ª giorn. —	In 9ª giorn. +	In 9ª giorn. —	In 7ª giorn. +
G. A., da Genzano . . .	—	In 14ª giorn. +	In 15ª giorn. —	In 6ª giorn. + (debole)
L. I., da Nemi	In 5ª giorn. —	—	In 5ª giorn. —	In 18ª giorn. +
M. C., da Roma	—	In 15ª giorn. +	In 15ª giorn. —	In 12ª giorn. +
P. M., da Castelmadama	In 7ª giorn. +	In 7ª giorn. —	In 15ª giorn. —	In 9ª giorn. +
P. L., da Roma	—	In 16ª giorn. +	In 18ª giorn. — In 38ª giorn. — In 45ª giorn. —	In 11ª giorn. +
S. N., da Roma	—	In 12ª giorn. +	In 15ª giorn. —	In 13ª giorn. +
F. A., da Roma	—	In 11ª giorn. +	In 11ª giorn. —	In 7ª giorn. + (debolmente)
F. D., da Roma	—	In 10ª giorn. +	In 10ª giorn. —	In 8ª giorn. +
B. E., da Genzano . . .	—	In 18ª giorn. +	In 30ª giorn. —	In 15ª giorn. + (debolmente)
G. S., da Roma	—	In 15ª giorn. +	In 15ª giorn. —	In 10ª giorn. +
C. G., da Abetella . . .	In 8ª giorn. +	In 8ª giorn. +	In 22ª giorn. —	In 30ª giorn. +
O. L., da Roma	In 4ª giorn. sterile	In 4ª giorn. — In 8ª giorn. — In 14ª giorn. +	In 4ª giorn. — In 8ª giorn. — In 14ª giorn. —	In 16ª giorn. +
C. E., da Montepulciano	In 8ª giorn. +	In 8ª giorn. —	In 12ª giorn. —	In 12ª giorn. +
B. M., da Genzano . . .	In 7ª giorn. sterile	In 7ª giorn. +	In 7ª giorn. —	Manca controllo
G. E., da Roma	—	In 9ª giorn. +	In 9ª giorn. +	In 8ª giorn. +
M. T., da Serravalle . .	—	In 20ª giorn. +	In 20ª giorn. — In 54ª giorn. —	In 62ª giorn. +
B. R., da Modena . . .	—	In 8ª giorn. — In 23ª giorn. +	In 8ª giorn. — In 35ª giorn. —	La paz. viene a morte
L. S., da Castelsantangelo	—	In 8ª giorn. +	In 8ª giorn. —	In 10ª giorn. +
L. P., da Roma	—	In 8ª giorn. +	In 10ª giorn. —	Manca controllo
P. A., da Lanuvio . . .	—	In 17ª giorn. +	In 17ª giorn. —	Si mantiene — in tutta la convalescenza
B. O., da Genzano . . .	—	In 13ª giorn. +	In 13ª giorn. —	In 12ª giorn. +
S. R., da Genzano . . .	In 8ª giorn. +	—	In 9ª giorn. —	In 9ª giorn. +

Malati di tifo.

Nome e Cognome	Emocultura in bile	Vidal	Cutireazione in malattia	Cutireazione in convalescenza
B. F., da Genzano . . .	In 8ª giorn. +	In 21ª giorn. +	In 21ª giorn. —	Manca controllo
P. D., da Genzano . . .	—	—	In 7ª giorn. —	In 17ª giorn. +
B. C., da Genzano . . .	—	In 10ª giorn. +	In 15ª giorn. —	Manca controllo
S. G., da Genzano . . .	In 5ª giorn. +	—	In 9ª giorn. —	In 15ª giorn. +
B. F., da Genzano . . .	In 10ª giorn. +	In 22ª giorn. +	In 28ª giorn. —	In 1ª giorn. +
M. A., da Cave	—	In 15ª giorn. +	In 16ª giorn. —	Manca controllo
C. C., da Genzano . . .		In 5ª giorn. —	In 5ª giorn. —	In 15ª giorn. +
R. A., da Montopoli Sabina	—	In 10ª giorn. +	In 10ª giorn. —	Manca controllo
R. I., da Roma	— —	In 12ª giorn. +	In 12ª giorn. —	P. ancora febbr. Cutireazione + Esame sputo K +
L. I., da Roma	—	In 20ª giorn. +	In 20ª giorn. —	In 8ª giorn. +
G. B., da Roma	In 5ª giorn. +	In 15ª giorn. +	In 15ª giorn. —	In 9ª giorn. +
P. A., da Roma	—	In 11ª giorn. +	In 11ª giorn. —	In 2ª giorn. +

Malati di tifobacillosi.

Nome e Cognome	Vidal	Cutireazione	
R. G., da Serrone . . .	—	+ più volte	
A. G., da Roma	—	+	
Z. G., da Foggia	—	+ fortemente	
D. E., da Norma	—	+ fortemente	
S. A., da Manciano . .	—	+ fortemente	
P. P., da Cella S. Sebastiano	—	+	

CONCLUSIONE.

Su 57 casi di tifo soltanto in 3 la cutireazione è stata positiva durante e dopo la malattia. In un caso si è mantenuta costantemente negativa. Possiamo quindi concludere con Von Pirquet che il tifo dà uno stato di anergia dell'organismo, per cui l'infezione tubercolare può facilmente trionfare su di esso. Ma fin qui nulla di nuovo avremmo apportato se non avessimo paragonato il comportamento della cutireazione dei tifosi con quello dei malati di tifo-bacillosi. Sebbene il numero dei malati, sui quali abbiamo sperimentato, sia ristretto, purtuttavia è importante il fatto che in tutti la cutireazione è stata costantemente negativa in qualunque periodo di malattia noi l'avessimo provata, mentre che è stata costantemente negativa in 54 casi di tifo su 57. Questo dato di fatto, secondo noi, può ben rappresentare un vero contributo alla diagnosi differenziale tra le due malattie in questione, sì da concludere per il tifo quando la cutireazione è negativa e per il tifo-bacillosi quando essa è positiva.

Nei tubercolotici febbricitanti e infettatisi di tifo, la continua osservazione del comportamento della cutireazione ci informa sullo svolgersi della nuova infezione sopraggiunta. Nessun sintoma clinico, se non lo scomparire del

tumore di milza, è in grado di informarci della avvenuta guarigione del tifo. Infatti il malato è sempre affetto da febbre intermittente con elevazioni serali, avendo lo stesso carattere del periodo della defervescenza del tifo, defervescenza che non avviene poichè la febbre è dovuta alla infezione tubercolare preesistente. La sierodiagnosi rimane costantemente positiva come nel tifo in atto, cosicchè l'unica prova dell'avvenuta guarigione dell'infezione tifosa ci viene fornita dal comportamento della cutireazione, che da positiva diviene negativa; si mantiene tale per tutta la durata del tifo e solo quando questo è debellato torna positiva.

RIASSUNTO.

Il tifo dà uno stato di anergia. La cutireazione nei malati di tifo anche quando questi sono dei tubercolosi manifesti è negativa e rimane negativa per tutta la durata del tifo. Torna positiva nella convalescenza.

Questo modo di comportarsi della cutireazione nei tifosi può essere ottimo contributo alla diagnosi differenziale con la tifo-bacillosi ove la cutireazione è sempre e costantemente positiva.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Osservazioni sulla prova di Sainton e Schulmann come mezzo rapido per la diagnosi di meningite cerebro-spinale.

Dott. ANIELLO ANDREOTTI, Ponticelli (Napoli).

Non credo necessario dilungarmi nella dimostrazione della grande difficoltà che in pratica si può talvolta incontrare per la diagnosi della meningite cerebro-spinale, specie in qualche caso sporadico.

La malattia è propria della prima infanzia (Di Cristina, Hutinel, Voisin, Kirchner, Westenhofer) e presenta forme anormali molto dissimili da quella che comunemente si trova descritta nei trattati.

Si hanno le seguenti varietà: fulminante, iperacuta (meningitis siderans), meningite con ricaduta, forma lunga cachettizzante e la meningite bloccata.

Nel lattante è frequentissima, di somma gravezza e non è possibile clinicamente differenziarla da altre forme morbose come la polmonite crupale di qualche apice, la gastro-enterite acutissima, l'inizio di una infezione acuta da Eberth o da Pfeiffer, la poliomielite acuta, la tetania, la meningite tubercolare, le altre meningiti sierose o purulente che per qualche sfumatura più o meno spiccata e non sempre rilevabile all'inizio del male.

La puntura lombare dunque rimane il più sicuro e valido ausilio per una diagnosi precoce, la quale si impone per la duplice ragione della profilassi e della cura da istituire.

Il liquor è ordinariamente torbido con numerosissimi leucociti a nuclei polimorfi e vi si nota la presenza del diplococco di Weichselbaum.

Giova però tener presente che con la puntura lombare nei primissimi giorni si può avere liquido limpido o appena opalescente, e qualche volta il meningococco può essere assente (Zanetti). Se in questo momento della malattia e con tale reperto negativo si iniettano 5 oppure 10 cmc. di siero antimeningococcico, si nota dopo alcune ore o l'indomani la trasformazione purulenta del liquido che era limpido alla prima puntura. In ciò consiste la prova di Sainton e Schulmann (*Bulletin Médical*, 4 giugno 1921; rif. in *Le Progrès Médical*, n. 24, 1921) e il fenomeno è dovuto alla mobilizzazione dei meningococchi favorita dal siero per l'afflusso polinucleare da esso provocato.

Ho avuto occasione sperimentarla in un caso capitatomi in pratica privata e che brevemente espongo.

Manf. E., di Raffaele, di mesi sette, da Ponticelli, nato a termine da parto fisiologico e allattato al seno. Genitori viventi e sani, una sorellina di tre anni gode buona salute, la madre ha avuto un aborto iniziale: null'altro nel gentilizio. La malattia ha avuto inizio nell'ottobre decorso anno in modo alquanto subdolo, con febbre, lievi manifestazioni catarrali con scarso interessamento dello stato generale e che la madre attribuì a fenomeni influenzali. Dopo una giornata di apparente miglioramento la temperatura raggiunse i 40°, insorse vomito e una insolita agitazione per cui fui invitato a visitarlo.

Esame obbiettivo: Bambino di costituzione scheletrica regolare in ottimo stato di nutrizione. Cute sana e normale, mucose visibili rosee, lingua lievemente patinata. Mucosa faringea un po' arrossata, T. 40°, polso frequente ma ritmico, respiro abbastanza affrettato. Addome trattabile quantunque la palpazione suscitasse viva reazione nel bambino, milza e fegato nei limiti, alvo stitico, minzione normale, cuore sano. L'apparato respiratorio, data la frequenza di localizzazioni in tale organo nei piccoli bambini, fu a lungo e minuziosamente esplorato agli apici, alle basi, ai cavi ascellari e diede reperto costantemente negativo.

Rivolsi l'attenzione al sistema nervoso. La fontanella era tesa, prominente, pulsante: ipersensibilità spiccata che si manifestava con grida e reazione del piccolo infermo per ogni lieve movimento. Riflessi esagerati, discreta rigidità nu-

cale, dermografismo rosso ben evidente. Molti altri sintomi, Kernig, Babinski, Brudzinski e altri di minore importanza (Lasègue, Binda, Minervini, Fraenkel) non potuti utilizzare nè vagliare esattamente per la tenerissima età del bambino. Dopo qualche giorno comparvero strabismo, convulsioni periodiche, sensibile emiplegia a destra che fortunatamente andarono man mano atteuandosi.

La puntura lombare diede esito a liquido quasi limpido, lievemente opalescente con discreta pressione. Dopo riposo non si separò reticolo di Mya. Fu inviato allo istituto diretto dall'Illustre prof. C. Martelli di Napoli per le ricerche del caso. Frattanto, giacchè tutto il complesso sintomatico indirizzava alla diagnosi di meningite, volli sperimentare la prova di Sainton e Schulmann e iniettai 5 cmc. di siero antimeningococcico nello speco vertebrale. Il giorno dopo da una relazione provvisoria dell'esame potei sapere che era presente nel liquor esaminato il meningococco di Weichselbaum e m'accinsi ad una nuova puntura del rachide.

Con sorpresa notai che questa seconda volta il liquido era macroscopicamente più torbido e lasciato a sè per qualche ora produsse nella metà inferiore del suo volume un più visibile e uniforme intorbidamento. Furono iniettati altri 10 cmc. di siero e così si continuò alternando le iniezioni endorachidee con quelle endomuscolari.

La febbre incominciò a rimettere, il bambino si dimostrò più calmo, scomparvero le convulsioni, riposò meglio, guarì dello strabismo e dell'emiparesi, poppava con più voglia e più a lungo e le condizioni generali man mano migliorarono. Tuttora è guarito, senza postumi apprezzabili. L'esame definitivo del liquor che qui riassumo dimostrò: assenza di bacilli di Koch, R. W. negativa, presenza di diplococchi specifici aventi tutti i caratteri morfologici del meningococco di Weichselbaum.

La diagnosi di meningite cerebro-spinale fu confermata dall'esame del liquor che fu di controllo direi quasi alla prova di Sainton e Schulmann anch'essa risultata ben evidente. Infatti mentre alla prima puntura lombare il liquido fuoriuscì limpido e macroscopicamente non presentava alcun carattere patognomonico, dopo la iniezione di 5 cmc. di siero e con una seconda puntura praticata il giorno dopo, venne ritratto più torbido.

Se la prima volta l'esame macroscopico del liquido non delucidò la diagnosi di natura e lasciò molti dubbi sulla malattia, lasciando il pensiero vagare tra la forma tubercolare, la meningite sifilitica e la meningite sierosa secondaria, la seconda volta la sua apparenza più torbida fece propendere senz'altro per la forma meningococcica, anche se non fosse stato ancora noto il risultato della prova culturale.

Nella pratica dei piccoli centri, dove le difficoltà di un esame e di un aiuto alla diagnosi sono certe volte insormontabili per tante ragioni, credo che possa essere utile tentare questa prova che è semplicissima e costa soltanto un po' di buona volontà.

Questa trasformazione purulenta che costituisce un mezzo di diagnosi macro- e microscopica, può in certe contingenze e specie in quella sopra menzionata supplire ai risultati culturali che richiedono tempo, principalmente in una malattia dove la precocità della sieroterapia è condizione essenziale di successo.

RIASSUNTO.

Illustrazione di un caso di meningite cerebro-spinale in lattante in cui la prova di Sainton e Schulmann ha chiarito la diagnosi prima del risultato dell'esame colturale del liquor. La buona e sicura riuscita di essa invoglia a tentarla in simili casi, perchè facile e semplice.

BIBLIOGRAFIA.

STRÜMPELL. *Patologia Medica.*
FEER. *Pediatria.*
FERRATA. *Diagnostica medica differenziale.*
LEUBE. *Diagnostica differenziale malattie interne.*
Riforma Medica, 1921, p. 745.
Ibid., 1921, p. 370.
G. ZANETTI. *Forme anormali e larvate della meningite cerebro-spinale nell'infanzia,* 1919.
Le Monde Médical, febbraio 1929, n. 111.

LEZIONI.

L'edema e la sua cura.

(VOLHARD. *Zent. f. in. Mediz.*, n. 45, 1929).

Elwyn nella sua recente monografia « Edema and its treatment », ha cercato di dare una spiegazione unitaria della insorgenza dell'edema.

Il meccanismo per la regolazione dello scambio dell'acqua è basato sui seguenti elementi:

1) Il centro della regolazione sta nel mesencefalo. Esso è strettamente connesso a quello del ricambio dei sali e dei minerali, a quello del ricambio delle albumine, dei grassi e degli idrati di carbonio e ad altri centri vegetativi.

2) I muscoli, la pelle, sopratutto il suo connettivo, il fegato e forse anche la milza sono degli organi « di riserva » che accolgono ogni sovrapassaggio di acqua dal sangue.

3) Barriere per la corrente sanguigna, rappresentate da membrane, nei tessuti e nelle pareti capillari, regolano il passaggio dell'acqua.

4) Organi di escrezione, sopratutto i reni, ma anche i polmoni, la pelle e l'intestino eliminano l'acqua.

5) Tutti questi organi, ma sopratutto il connettivo dei muscoli e della pelle, le pareti dei capillari e i reni formano una *unità funzio-*

nale che è regolata dal centro. La regolazione si effettua nel modo seguente:

L'acqua introdotta o assorbita modifica il contenuto in acqua del sangue. Le cellule del centro ipotalamico reagiscono a questa modificazione del contenuto in acqua del sangue e rispondono con un impulso agli organi dell'unità funzionale per paralizzare tali modificazioni. Gli impulsi raggiungono questi organi per la via dei nervi vegetativi. Accanto a questo c'è il meccanismo funzionale che è sotto l'influenza della secrezione interna di certe glandole endocrine, sopratutto il lobo medio e posteriore dell'ipofisi. Anche questa glandola è sotto l'influenza del centro dell'ipotalamo. Sotto l'influsso di questi impulsi nervosi e umorali il movimento dell'acqua in tutto il sistema è affrettato o rallentato, attraverso modificazioni della costellazione degli elettroliti. Il movimento dell'acqua è, secondo gli studii del Wertheimer dipendente dalla concentrazione degli ioni nei varii strati delle membrane viventi traverso le quali passa l'acqua e dalla capacità di legare l'acqua che queste membrane possiedono e che pure dipende dalla concentrazione ionica.

Lo scopo di tutto questo meccanismo è quello di mantenere costante il contenuto di acqua in tutto l'organismo e sopratutto nel sangue e la quantità del sangue; tale scopo è raggiunto nell'edema. Per la spiegazione dell'edema tutto il meccanismo deve essere chiamato in causa, mai una sua parte soltanto è colpita o responsabile del danno e sempre è il centro che domina. La funzione del centro di regolazione può essere aumentata o diminuita, in ogni caso il contenuto di acqua e la massa del sangue devono rimanere nei limiti costanti.

Poichè questo è il compito del meccanismo di regolazione, esso deve reagire tutte le volte che appare la minaccia di un aumento del contenuto di acqua nel sangue, o con un aumento dell'eliminazione dell'acqua, o con un rallentamento del passaggio dell'acqua dai tessuti nel sangue, che può essere ottenuto solo per l'intervento del centro. Se il movimento dell'acqua è rallentato, e l'introduzione di acqua resta normale o aumenta, insorge l'edema. Col rallentarsi del moto dell'acqua si rallenta pure quello dei sali e se l'introduzione di questi resta la stessa si giunge ad un accumulo di sali nei tessuti, specialmente nella pelle, e questa trattiene ancora più acqua. Per conseguenza la ritenzione dei sali non è la conseguenza di una diminuita capacità dei reni di eliminare i sali, ma la conseguenza dello squilibrio tra l'assunzione normale di sali e il rallentamento del loro passaggio dai tessuti nel sangue.

La raccolta di un versamento non infiammatorio nelle cavità sierose è equivalente alla raccolta di acqua nella pelle. L'idrope delle cavità si produce, quando i tessuti sottosierosi si riempiono di acqua al disopra del loro punto di saturazione così che l'eccesso passa traverso la sierosa e si accumula nelle cavità.

La formazione degli edemi è dunque la reazione di tutto il meccanismo di regolazione alla minaccia di una diluizione acquosa del sangue, che desta nel centro ipotalamico lo stimolo a rallentare il movimento dell'acqua nei tessuti. Una diluizione acquosa del sangue è però da temere anche nella deficienza di eliminazione dell'acqua da parte dei reni, per esempio nelle glomerulonefriti acute diffuse con i loro disturbi di circolo glomerulare e nella debolezza di cuore con stasi venosa (qui il danno renale sarebbe dunque il fattore primario).

Anche gli altri organi del meccanismo di regolazione possono ammalarsi per sè, ad es. localmente, un distretto muscolare, la cute, una serie di vasi. Allora sorge localmente una modificazione della costellazione degli elettroliti e localmente, un rallentamento del movimento dell'acqua e, di conseguenza, un edema localizzato, come nelle infiammazioni, le miositi, le flebiti.

(Qui E. stesso dà l'esempio di una lesione di una singola parte del meccanismo di regolazione indipendente dal centro. Non s'intende però perchè in un rallentamento locale del trasporto dell'acqua debba determinarsi un aumento del livello = edema. Si può comprendere che un traboccamento di liquidi si abbia quando l'acqua scorre al sangue e dal sangue con celerità maggiore, ma non si comprende come possa determinarsi un rallentamento della corrente localizzato quando la corrente principale serba il suo corso inalterato).

E. trova difficoltà ad ammettere che una affezione patologica possa colpire tutto il sistema capillare di tutto il corpo, i muscoli e il connettivo della cute, come sarebbe necessario per determinare un edema generalizzato. Si deve piuttosto ammettere una alterazione della costellazione degli elettroliti in tutto il corpo e nei suoi sistemi colloidali, ed una lesione così estesa può dipendere solo dal centro o da una sostanza tossica circolante. L'A. non si diffonde su questa ultima possibilità, ma invece su quella che un disturbo o una diminuzione di funzione del centro ipotalamico possa determinare un rallentamento dell'acqua che, restando inalterata l'assunzione dei sali e dell'acqua, determina l'edema. Invece una diminuzione di questo stesso o di altri centri vegetativi, come fisiologicamente si verifica nel letargo invernale, decorre senza edemi per il contemporaneo arresto dell'introduzione di acqua.

In tutti i casi, a base dell'edema sta lo squilibrio tra l'introduzione di acqua e di sali e il ritmo del movimento dell'acqua dagli organi di deposito al sangue.

E. distingue poi le seguenti forme di edema:

1) L'edema della debolezza cardiaca; qui la deficienza dell'eliminazione dell'acqua da par-

te dei reni diminuisce gli impulsi del centro, il movimento dell'acqua dai « depositi » al sangue si rallenta; lo squilibrio tra il moto dell'acqua e la normale introduzione dell'acqua determina in un primo tempo una ritenzione d'acqua nei depositi, e in un secondo, quando essi sono saturati, la comparsa di edemi visibili. La loro prevalenza nelle regioni declivi è spiegata da E. con una insufficienza di ossigenazione delle parti dove ristagna il sangue. Si formano così prodotti acidi del ricambio e questi determinano un mutamento nelle costellazioni degli ioni H e OH e verosimilmente NA, KA e CA (dunque anche qui un disturbo locale indipendente dal centro).

2) L'edema della glomerulonefrite; la diminuzione del passaggio dell'acqua traverso i glomeruli stimola per via nervosa od umorale i centri a rallentare il movimento dell'acqua, il che porta, restando costante l'introduzione dell'acqua, all'edema. Il processo è provocato dall'improvviso rallentamento del movimento dei sali in seguito al rallentamento del movimento dell'acqua. Il sale accumulato nei tessuti atttira a sè l'acqua da zone di tessuto che non servono come « depositi » e nella bocca, nella faringe, nell'esofago insorge per questa sottrazione di acqua, la sete. Il rapido stabilirsi dell'edema in un tempo così breve che ancora non può essersi stabilita una saturazione dei tessuti con acqua, è spiegato da Elwyn coll'ipotesi che col rallentamento dell'acqua, attraverso una alterazione delle costellazioni di elettroliti, si stabilisce una diminuzione della capacità dei colloidi di legare l'acqua, onde si determina rapidamente un sovrapassaggio di acqua libera.

3) L'edema della nefrosi lipoidica; qui la causa primaria va ricercata nella perdita di albumine; se essa è compensata da iperproduzione di globuline, non si ha edema. Se questo compenso non riesce all'organismo, probabilmente diminuisce l'attività dei centri che regolano l'equilibrio proteinico nel sangue e contemporaneamente di altri centri, sopratutto quelli della ossidazione delle cellule. Allora l'organismo tenta di diminuire la perdita delle albumine diminuendo la quantità dell'urina. Tale scopo è raggiunto mercè stimoli centrali di natura nervosa od ormonica che determinano un rallentamento del movimento dell'acqua nei reni, onde l'oliguria, e dai tessuti nel sangue, cosicchè per la normale introduzione di acqua insorge ritenzione di acqua che è ancora più accentuata dal rallentamento del movimento dei sali (la quantità assoluta di albumine aumenta dunque nell'urina col ristabilirsi della diuresi?).

4) L'edema da fame; in seguito ad ipoalimentazione cronica si stabilisce una ipofunzione in molti centri vegetativi, diminuzione del metabolismo basale, della frequenza del polso, della pressione del sangue, della temperatura, delle proteine nel sangue. Avviene anche una diminuzione del movimento dei sali e dell'acqua, se vengono introdotti in forte quantità, e dallo squilibrio tra tale ritardo e tale assunzione, nasce l'edema; la sua comparsa è affrettata dalla diminuzione di volume degli organi che servono da deposito.

5) L'edema nel diabete mellito nasce per la stessa ragione, la iponutrizione.

6) L'edema da origine ignota. Il centro per la regolazione dei sali, o i centri che hanno a che fare con la costellazione degli ioni nei tessuti, sono disturbati nella loro funzione. Ne segue un rallentato passaggio dei sali dagli organi di deposito nel sangue; per conseguenza dell'acqua è trattenuta e, persistendo invariata la introduzione dei sali, nasce l'edema. Per conseguenza, secondo Elwyn, la comparsa degli edemi sarebbe da mettere in rapporto con il rallentato passaggio dell'acqua dai tessuti nel sangue (il passaggio dal sangue nei tessuti è sempre normale), che sarebbe in rapporto con modificazioni della costellazione degli elettroliti alla periferia, in dipendenza dai centri del mesencefalo, traverso vie nervose od umorali.

Il rallentamento dell'acqua può dipendere da una *ipofunzione primaria patologica* del o dei centri del mesencefalo in seguito a malattia locale o ad iponutrizione, paragonabile o combinata con ipofunzione del centro per il movimento dei sali, ecc.

Il rallentamento può dipendere da una *ipofunzione secondaria compensatoria* del centro che ha lo scopo: o di evitare un accumulo di acqua nel sangue, quando esso è imminente, come nella oliguria cardiaca e nefritica con contemporanea introduzione normale di acqua, o di evitare una depauperazione albuminica del sangue, come può avvenire in seguito ad albuminuria renale.

Nel primo caso l'oliguria è la conseguenza, nel secondo è la causa del rallentamento compensatorio centrale del movimento dell'acqua.

Modificazioni della costellazione degli elettroliti possono favorire gli edemi nella stasi cardiaca, e produrli da soli nei processi infiammatori.

Queste stesse modificazioni nei colloidi possono diminuire la loro idrofilia ed affrettare la comparsa di edema libero.

Per quanto questa teoria si accordi con il mio concetto della importanza della *periferia*, del *prorene* per la diuresi, e per quanto appaia verisimile che modificazioni nella costellazione elettrolitica in seno ai tessuti e alle membrane esercitino un'influenza sul passaggio dell'acqua, tuttavia io non accetto l'ipotesi che ogni edema poggi sopra uno squilibrio tra introduzione dell'acqua e tempo di movimento dell'acqua stessa. Prescindendo dal fatto che si hanno edemi in cui la bilancia dell'acqua e dei sali è completamente in equilibrio, e in cui vi è perfetto accordo tra la loro

introduzione e la loro eliminazione, dovrebbe essere assai facile, in ogni caso di edema, di eliminare lo squilibrio diminuendo l'introduzione dell'acqua. Invece non è così e non si può d'altra parte mettere questa ipotesi in accordo col fatto che l'edema manca nell'anuria e può mancare anche nella insufficenza cronica, mortale, del rene.

Io ho già dimostrato nel 1918 che la natura dell'edema consiste nel rallentato passaggio dell'acqua dai tessuti nel sangue ed ho richiamato l'attenzione sulla vuotezza delle vie linfatiche nel periodo di ingorgo e sulla loro ripienezza in quello di riassorbimento. Ma il nucleo della mia concezione di una origine extrarenale dell'edema era appunto nel fatto che tale rallentamento del passaggio dell'acqua dai tessuti nel sangue era indipendente dall'introduzione e dalla eliminazione dell'acqua e che non aveva nulla a che fare con un disturbo nella capacità renale di eliminare acqua e sali. L'oliguria è, secondo il nostro concetto, la *conseguenza* del rallentato passaggio dell'acqua dai tessuti al sangue.

L'ipotesi di Elwyn che l'oliguria renale e cardiaca sia la *causa* di una « voluta » inibizione centrale del passaggio dell'acqua non corrisponde alla esperienza clinica e il supposto compito compensatorio dell'edema, quello di evitare una diluizione acquosa del sangue, è luminosamente provata dal fatto che il riassorbimento degli edemi corrisponde ad un aumento e la loro formazione ad una diminuzione dell'acqua nel sangue. Ora sarebbe da aspettarsi l'opposto se veramente lo stimolo adeguato per il centro ipotalamico, onde arrestare il passaggio dell'acqua, fosse determinato dall'aumento dell'acqua nel sangue.

D'altra parte è certamente importante e ragionevole il considerare il problema dell'equilibrio dell'acqua e dei sali non solo da un punto di vista renale, ma anche di una unità funzionale regolata centralmente, nel senso di Kraus e Zondek, e di metter in rilievo la questione se esistano edemi dipendenti da una ipofunzione del centro di questo sistema.

Le proposte di Elwyn per la cura corrispondono in tutto alle nostre. La cura deve considerare che nell'edema:

1) è trattenuta nei tessuti una quantità di acqua maggiore di quella che passa dai tessuti al sangue;

2) una grande quantità di sale è trattenuta per la stessa via;

3) quasi sempre al rallentamento dell'acqua traverso il corpo si associa una diminuzione della ossidazione cellulare, e quindi una diminuzione del metabolismo basale, che invece è aumentato quando il movimento dell'acqua è accelerato.

Con ciò sono definite le direttive della terapia:

1) limitazione al massimo della introduzione dell'acqua;

2) nutrizione ipoclorurata;

3) stimolazione dei processi di ossidazione.

Le prime due regole corrispondono perfettamente alla mia cura della fame e della sete che Elwyn ha praticato con successo; se non basta, la nutrizione deve essere il più possibile povera di sali e l'acqua ridotta a 300 cmc. di acqua al giorno. Questo in genere basta a far scomparire ogni edema.

Il 3° scopo è raggiunto con una dieta ricca di proteine, quale è già stata raccomandata da me e da Epstein per la nefrosi, e col trattamento tiroideo. Per i casi refrattari è raccomandato l'uso dei diuretici della serie purinica e i preparati di mercurio, tra gli altri il cloruro di ammonio 2 gr. 5 volte al dì e l'urea nelle alte dosi già da me indicate. La monografia è scritta in forma piana e si legge facilmente; essa si distingue per una straordinaria conoscenza e padronanza della letteratura tedesca.

V. SERRA.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Il problema dell'epilessia.

(S. A. K. WILSON. *British Medical Journal*, 26 ottobre 1929).

La sindrome epilettica è polimorfa. L'attacco convulsivo è il più comune o meglio il più impressionante dei fenomeni con i quali si estrinseca l'epilessia. Il carattere essenziale della malattia è l'accessionalità, ma l'accesso oltre che con la sindrome convulsiva si può estrinsecare con altre forme motorie, nonchè con forme sensoriali, psichiche e viscerali.

Per altro l'attacco epilettico oltre che di una parte centrale che si svolge in uno stato di coscienza annullata o obnubilata, consta per lo più di disordini pre- e postaccessionali di cui il soggetto ha consapevolezza più o meno chiara.

I disordini preaccessionali costituiscono l'aura che è un fatto puramente sensoriale.

Gli elementi motori dell'attacco sono costituiti da violente contrazioni convulsive, che non hanno alcuna rassomiglianza con i movimenti della vita ordinaria. Talvolta l'accesso motorio è costituito da una semplice trepidazione delle dita o del solo pollice, o dei muscoli periorali, da uno spasmo tonico di un singolo segmento d'arto, e talvolta anche da movimenti quasi coordinati ad uno scopo.

L'aura è l'elemento sensorio dell'attacco e può da sola costituire tutto l'accesso senza perdita di coscienza e senza alcun seguito motorio.

I componenti viscerali sono di origine simpatica e sono costituiti da disturbi circolatori, respiratori, vasomotori, vescicali, rettali, renali, salivari, sudorali, pupillari, ecc.

Le manifestazioni postaccessionali sono molteplici: sonno profondo, fughe, stupore, aggressività, cefalea, senso di stanchezza e di malessere generale.

La estrema varietà dei fenomeni epilettici rende ancor più difficile l'accertamento della patogenesi della malattia e della sua ereditarietà.

Per quel che riguarda quest'ultima le più moderne ricerche tendono a dimostrare che il carattere ereditario della epilessia, ammesso quasi come un dogma dai vecchi neurologi, è tutt'altro che sicuro. L'epilessia non è una malattia congenita, ma acquisita.

Gli esperimenti hanno provato che si può rendere epilettici animali del tutto normali figli di soggetti normali con la somministrazione di absinte per via orale o introducendo corpi estranei sotto la corteccia cerebrale.

I dati clinici confermati da quelli sperimentali dimostrano che l'epilessia dipende da alterazioni dei liquidi organici o dei componenti biochimici prodotte da azioni meccaniche o da intossicazioni esogene od endogene.

I fattori umorali di origine meccanica sono i seguenti: 1) aumento della pressione endocranica; 2) aumento della permeabilità dei tessuti; 3) alterazione dell'equilibrio idrico (edema), da compressione o legatura della carotide o della vertebrale.

Le intossicazioni epilettogene esogene sono: 1) alcool, piombo, acido fucsinico, canfora, absinte, cocaina, picrotossina, ecc.; 2) ipoglicemia insulinica; 3) proteine estranee; 4) anossiemia; 5) alterazione dell'equilibrio acido-basico, alcalosi.

Le intossicazioni epilettogene endogene sono provocate da disordini endocrini (paratiroide, tiroide, ipofisi, ovaio, ecc.).

Quale che sia il meccanismo con il quale questi vari fattori umorali determinano l'epilessia, si può in base agli studi recenti di Lennox e Cobb venire alle seguenti conclusioni generali:

1) L'acidosi tende ad inibire e l'alcalosi ad aumentare la predisposizione convulsivante;

2) L'aumento della tensione dell'ossigeno nei tessuti tende ad inibire l'azione convulsivante, che è invece eccitata dalla diminuzione della tensione stessa;

3) L'edema del cervello tende ad aumentare e la disidratizzazione a ridurre lo stato epilettogeno.

Per quel che riguarda l'azione meccanica diretta è stato da tempo dimostrato che l'eccitazione fisica dei centri nervosi può provocare un attacco epilettico unilaterale o generalizzato.

L'epilessia può trovarsi associata: 1) a malattie organiche del cervello; 2) ad affezioni umorali e vasali.

Al primo gruppo appartengono: 1) i tumori cerebrali; 2) le infezioni e tossi-infezioni cerebrali (encefaliti varie, sifilide, tubercolosi, ascessi, ecc.); 3) tossi-degenerazioni e sclerosi cerebrali (sclerosi a placche, sclerosi tuberosa, atrofia corticale di Pick, malattia di Alzheimer, sclerosi diffusa, pseudo-sclerosi di Westphal, ecc.); 4) traumi cerebrali; 5) alcune varietà di affezioni congenite ed eredo-familiari.

Al secondo gruppo appartengono: 1) le malattie dei vasi sanguigni (trombosi, embolia, emorragia, arteriosclerosi, endoarterite obliterante, aneurisma, ecc.); 2) i disordini della circolazione cerebrale (blocco cardiaco, anemia, asfissia di varie specie, ecc.); 3) alterazioni del liquido cefalo-rachidiano (idrocefalo, idrocefalo occulto, alterazioni della pressione del liquor, ecc.).

La lista certo non è completa. Tra gli stati che possono provocare un accesso epilettico occorre menzionarne altri che hanno un'azione puramente transitoria ed occasionale, quale la somministrazione di anestetici, le emozioni, le influenze atmosferiche e simili.

La molteplicità e varietà dei fatti determinanti non concorre a precisare il meccanismo della scarica epilettica.

È stato sostenuto che esiste un rapporto tra lo stato epilettico e la pressione del liquor. Le ricerche radiologiche di Dandy, Fay ed altri hanno dimostrato che nell'epilessia essenziale esiste una dilatazione degli spazi subaracnoidei in ispecie al vertice ed alle regioni fronto-parietali. Questo reperto ed altri dati farebbero pensare che negli epilettici si stabilisce un idrocefalo esterno, occulto, dipendente da difetto d'assorbimento del liquor, che provoca pressione sui centri nervosi e quindi l'accesso. Al riguardo si deve aggiungere che Fay e Winkelmann hanno recentemente dimostrato che nel cervello degli epilettici cronici i corpuscoli del Pacchioni, organi di riassorbimento del liquor, presentano vari stadi di sclerosi, calcificazione, atrofia, difetto di sviluppo e altre anomalie. Tali alterazioni, che sono il prodotto di infezioni, emorragie, traumi locali, tossicosi, ecc., rallentano l'assorbimento del liquor, donde l'accumulo di questo ed il conseguente edema sopracorticale.

Ma questi rilievi non spiegano l'accessionalità dell'epilessia.

Le osservazioni fatte all'inizio di un attacco e sulla corteccia cerebrale esposta durante l'attacco hanno dimostrato che il quadro si apre con pallore generale ed anemia cerebrale. Contemporaneamente si ha indebolimento del polso e costrizione dell'arteria retinica. Nel 1903 Have precisò i fatti circolatori che si verificano durante l'accesso: 1) vasocostrizione determinante rapido aumento della pressione sanguigna; 2) inazione cardiaca (vagale) producente fatti opposti ai precedenti, ossia caduta della pressione; 3) anemia cerebrale improvvisa determinante incoscienza e spasmi tonici; 4) rinforzo dei battiti cardiaci causante riaumento della pressione, ristabilimento della circolazione cerebrale, rilasciamento degli spa-

smi tonici e comparsa delle convulsioni cloniche; 5) ristabilimento della pressione e della circolazione cerebrale; cessazione delle convulsioni; sonno riparatore.

A questo punto vien fatto di domandarsi quale è la causa dell'improvvisa costrizione vasale iniziale. Il problema così si sposta, non si risolve. D'altra parte il fatto che i disturbi circolatori siano concomitanti dell'attacco, non prova che ne siano la causa. Al riguardo è a notare che vi sono equivalenti dell'attacco non accompagnati da disordini circolatori, che in molti casi di anemia cerebrale non esistono fatti convulsivi e che vi sono varietà di scariche epilettiche limitate e continue (accessi jacksoniani, epilessia partialis continua) per le quali è impossibile immaginare fattori vasomotori analoghi a quelli del grande attacco. Non a torto Gowers affermava che la teoria vasomotoria dell'epilessia è inadeguata e non dimostrata.

I determinanti umorali non sono stati ancora precisati, e non è neppure escluso che la maggiore tossicità dei liquidi organici, la diminuzione della tensione dell'ossigeno e l'alcalosi siano effetti piuttosto che causa dell'accesso, o quanto meno semplici suoi concomitanti.

Allo stato dei fatti quel che sembra sicuro si è che l'essenza di tutti i fenomeni epilettici, dell'epilessia maggiore o minore, dei fatti pre- e postaccessionali, dei sintomi psichici e viscerali, è costituita da un disordine neuronico insito alla sostanza nervosa stessa. Il tessuto nervoso può essere influenzato da fattori meccanici, circolatori ed umorali, ma il segreto dell'epilessia sta nella qualità del meccanismo nervoso che provoca la scarica.

Al riguardo è a rilevare che:

1) L'azione dei convulsivanti sperimentali è facilitata dalle lesioni cerebrali traumatiche;

2) Fattori umorali e vascolari singoli sono incapaci a produrre l'accesso, ed anche quando agiscono in combinazione non sono capaci di produrre uno stato di cose tali che garantisca la ripetizione degli accessi;

3) Solo una piccola percentuale di casi con lesioni cefaliche e precedenti d'infezioni reagisce con accessi;

4) Lo sviluppo dell'epilessia in alcune affezioni cerebrali organiche, nelle quali manca ogni disordine vasale o umorale, parla in favore dell'origine neuronica;

5) La « suscettibilità » o « tendenza » può essere raramente negata in caso di eredità epilettica e di epilessia in gemelli monocondriali;

6) La così detta epilessia riflessa parla fortemente a favore di una reazione nervosa pura;

7) Alcune manifestazioni epilettiche sono difficilmente distinguibili dalle manifestazioni isteriche, la cui origine meccanica, circolatoria o umorale è da escludersi senz'altro.

DR.

Sintomi nervosi e mentali dell'anemia perniciosa.

(D. McALPINE. *Lancet*, 28 settembre 1929).

Nell'anemia perniciosa si verificano alterazioni del midollo spinale di due tipi: 1) Focolai di distruzione delle guaine mieliniche con formazione di numerosi vacuoli diffusi nella sostanza bianca, specie nei cordoni posteriori, nel fascio cerebellare e nelle vie piramidali dirette ed incrociate. Questi focolai si formano prevalentemente nella parte eccentrica del midollo e pare siano in rapporto con le piccole arteriole interne; 2) Degenerazioni secondarie in lunghi tratti del midollo, che si verificano solo nei casi cronici. Sembra che le radici posteriori rimangano sempre indenni. I nervi periferici presentano segni di degenerazione specialmente nelle forme della malattia a tipo tabetico.

Negli stadii iniziali della malattia sono comuni molte forme di parestesie: sensazioni di torpore, di tremito, di tensione, di punture, di freddo e simili. Più tardi non è rara una sensazione strana, come se qualche cosa fosse legata attorno alle gambe o se vi si passasse su un batuffolo di ovatta.

Sono anche molto comuni i dolori laceranti o terebranti. Queste alterazioni della sensibilità subiettiva sono localizzate dapprima alle estremità dei piedi e delle mani e poi si diffondono centripetamente verso la radice degli arti. Esse precedono di solito di qualche mese l'inizio dei disturbi motori (astenia, paresi, atassia). La paraplegia spastica è la forma che più comunemente si riscontra a malattia conclamata.

Negli stadii iniziali della malattia la sensibilità obiettiva non è generalmente alterata. Tuttavia può riscontrarsi diminuzione o scomparsa della sensibilità vibratoria accompagnata talvolta da alterazione della sensibilità di posizione delle dita delle mani e dei piedi. Questo tipo di anestesia dissociata è in rapporto con l'inizio del processo degenerativo dei fasci posteriori, di solito del fascio di Goll, che trasmettono le sensazioni di posizione e di vibrazione ai nuclei sensitivi del midollo allungato. Può riscontrarsi diminuzione di tutte le forme della sensibilità alla periferia degli arti con distribuzione a guanto o a gambale, caratteristica di una neurite periferica, la cui esistenza è talvolta comprovata dalla presenza di crampi e trafitture degli arti e dolori alla pressione.

In più della metà dei casi si riscontra la scomparsa dei riflessi profondi agli arti inferiori con o senza scomparsa del riflesso plantare, fatto anche questo legato ad alterazione dei fasci posteriori o più probabilmente ad alterazioni tossiche delle fibre periferiche, sensitive o motorie.

I disturbi mentali notati dai vari autori nel corso dell'anemia perniciosa sono molteplici. Landon e Jorgensen rilevò che i disordini mentali e nervosi possono anche precedere le manifestazioni proprie dell'anemia. Pickett in sei casi notò un leggero stato confusionale con disorientamento nel tempo e nello spazio, nonchè idee deliranti di persecuzione. Barrett in nove casi trovò pure gli stessi fatti ed anche uno stato di irritabilità, ma scarso decadimento mentale. Nella metà dei casi però i pazienti appartenevano a famiglie di psicopatici. L'esame istologico praticato in nove casi fece rilevare vari gradi di distruzione delle vie lunghe spinali e nel cervello; rarefazione delle fibre nervose perivascolari, endoarterite, alterazioni delle cellule nervose, e spesso focolai di disintegrazione mielinica. Woltmann trovò che le aree di degenerazioni cerebrali hanno la stessa frequenza delle alterazioni midollari, che la sostanza grigia non è men lesa di quella bianca (focolai intorno alle cellule piramidali che possono essere anche distrutte). Egli ritiene anche che i fatti psicopatici dell'anemia perniciosa non hanno nulla a che fare con dette lesioni, dalle quali invece dipendono probabilmente la sonnolenza e l'apatia.

L'A. su 17 casi studiati trovò 11 volte disordini mentali (stati depressivi con perdita dell'energia mentale, confusione e deficienza mnemonica, disturbi tossici).

Warburg e Jorgensen hanno recentemente richiamata l'attenzione sull'associazione occasionale di psicosi e neurastenia con achilia gastrica e megalocitosi e sostengono che questo complesso di sindromi costituiscono uno stato preliminare dell'anemia perniciosa. La maggior parte dei casi esaminati migliorarono con la cura epatica. Il loro reperto coincide con la concezione di Langdon di un'anemia preperniciosa, nella quale il quadro clinico è dominato dai sintomi mentali e nervosi.

Ricapitolando, adunque, risulta certo che nell'anemia perniciosa, e talvolta anche nella fase iniziale e preanemica, non sono rari disordini mentali, che possono andare da uno stato depressivo e di deficienza di energia psichica fino a gravi psicosi confusionali. Questi disturbi sono spesso accompagnati da parestesie negli arti, il che prova l'azione di una neurotossina su tutto il sistema nervoso centrale. Il riconoscimento di questi fatti a mezzo dell'esame del sangue e del contenuto gastrico può condurre alla diagnosi precoce dell'anemia perniciosa.

Gli effetti del trattamento epatico sui sintomi nervosi sono vari. Nei casi con anemia marcata il miglioramento è certo da attribuirsi all'effetto favorevole del trattamento stesso sul sangue e sullo stato generale. In ogni caso i disturbi mentali non gravi e le parestesie sogliono scomparire. Le forme con abolizione dei riflessi profondi, in cui è a presumersi una lesione dei neuroni periferici, sono i più influenzati dalla cura specie se questa si instituisce precocemente.

La cura dell'anemia perniciosa deve essere integrata da tutti quei mezzi che valgono a migliorare le condizioni gastro-intestinali in modo da ridurre il versamento nel sangue di prodotti tossici. Al riguardo devono essere eliminati gli eventuali focolai settici boccali. Molto giovevole si è dimostrata la somministrazione di acido cloridrico diluito.

DR.

MILZA.

La splenomegalia tubercolare.

(P. M. BARLARO. *Prensa Méd. Argentina*, numero 6, 1929).

La splenomegalia tubercolare può presentarsi in clinica sotto due forme: come tubercolosi secondaria della milza o come tubercolosi primitiva. In verità però tale distinzione non è sempre possibile, di modo che in clinica si parla di tubercolosi splenica primitiva in quei casi nei quali il quadro splenico costituisce la parte più saliente e visibile della localizzazione del processo tubercolare.

L'infezione splenica può avvenire per via sanguigna, per via linfatica, per contiguità, ma senza dubbio la via sanguigna è la più frequente.

Circa i fattori etiologici, nulla vi è di preciso; il sesso e la gravidanza sarebbero cause predisponenti, secondo alcuni autori.

Anatomia patologica. La splenomegalia può giungere fino ai 4-5 kgr., ma la milza conserva la sua forma abituale, essendo un'ipertrofia in massa. Quasi sempre non presenta aderenze, la capsula è ispessita, per la presenza di granulazioni o noduli visibili ad occhio nudo. La consistenza può variare; in generale è duro-elastica, ma può essere anche fibrosa, cirrotica, dura. Al taglio si trovano lesioni che variano secondo i casi: si trovano milze congestionate, milze con focolai tubercolari a tipo granulico, o tubercolomi, o milze fibrose, con degenerazione amiloide, con focolai suppurati, emorragici, ecc. Circa i caratteri microscopici pur essendo variabili da caso a caso, si riscontrano in tutti i casi gli elementi specifici della tubercolosi, di più nelle forme granuliche e sclero-caseose, meno in quelle sclerose e fibrose.

Sintomatologia. Un solo segno è costante ed è la splenomegalia, che generalmente è indolente per cui è a caso che si rivela, oppure quando per il suo volume produce senso di pesantezza nell'ipocondrio sinistro. La febbre può essere presente e di tipo diverso essendovi casi benigni ed altri con temperature alte e continue come nella forma miliarica, granulica, di evoluzione acuta. Sono state descritte turbe digestive, epatiche, respiratorie.

Per quanto riguarda il quadro ematico, si

può avere o il reperto di un'anemia o quello di una poliglobulia, di una eritrocitosi. Generalmente la splenomegalia tubercolare si accompagna a leucopenia.

Clinicamente la splenomegalia tubercolosa può presentarsi sotto distinti aspetti, che dipendono dal tipo evolutivo, dalla forma anatomica, dalle associazioni e così si descrivono: una *forma acuta*, una *subacuta*, una *cronica*. Così pure si parla di forma *granulica*, *nodulare*, *necrotico-emorragica*, *sclerosa*. Come associazioni si descrivono una forma *spleno-epatica* ed una *spleno-ganglionare*.

La diagnosi delle forme acute è difficile e spesso impossibile; quella delle forme croniche va fatta con tutte le splenomegalie croniche. Per la tubercolosi parleranno la cutireazione, il dolore, la temperatura, l'esistenza di un focolaio tubercolare, ecc.; quasi sempre però la diagnosi viene posta per eliminazione.

La prognosi è sempre infausta.

Il trattamento è essenzialmente chirurgico: la splenectomia, con percentuali abbastanza buone. A. P.

Una statistica di 500 splenectomie.

(Mayo. *Annals of Surgery*, settembre 1928).

Su 500 operazioni l'A. ebbe il 10 % di morti. L'80 % dei sopravissuti guarirono e godono buona salute; 45 furono le splenectomie per *leucemia mieloide*, in questa forma vi furono 3 morti. Molti sopravvissero, ebbero miglioramento tale da tornare al loro lavoro, ma il sangue non divenne mai normale. Su 8 casi di *leucemia linfoide* non vi furono morti. Su 140 splenectomie per *anemia splenica* si ebbero 15 morti in ospedale; più di metà degli operati vivono e, salvo 6, godono buona salute. Per *ittero emolitico*, 88 casi dettero 4 decessi, 73 casi vivono ancora e 72 stanno bene. Su 66 casi di *anemia perniciosa*, 4 morti; nel 25 % dei casi la vita fu certo prolungata. Su 3 casi di *policitemia rubra* uno morì, ma due migliorarono e tornarono al lavoro per anni. Nove casi di *tubercolosi* localizzata alla milza han dato 7 guarigioni, uno morì di miliare subito dopo l'operazione. Dieci casi di *splenomegalia sifilitica* in cui si trovò la milza piena di spirochete e con piccole gomme, migliorarono molto. Le *splenomegalie infettive* danno invece cattivi risultati operatori: su 30 casi, 7 morti. Nella *malattia del Banti* allo stadio anemico si ebbero dei marcatissimi risultati sulla cirrosi epatica sì che per deduzione l'A fu indotto a splenectomizzare anche 37 casi di *cirrosi del fegato* con splenomegalia moderata, ebbe 7 decessi. Operò anche 7 casi di *morbo di Gaucher*, i 5 malati che sopravvissero, furono grandemente migliorati e benchè non guariti, tornarono al lavoro.

L. Tonelli.

L'utilizzazzione della spleno-contrazione adrenalinica per le operazioni sulla milza.

(P. E. Weil e Grégoire. *Société de Biologie de Paris*, 2 marzo 1929).

Gli AA. applicano nelle operazioni sulla milza l'iniezione di adrenalina per ottenere la spleno-contrazione.

Gli AA. hanno potuto asportare tre milze di splenomegalie primitive che pesavano, senza sangue, gr. 1130, 1650 e 750.

L'iniezione di un milligrammo di adrenalina deve essere fatta 15 minuti circa prima della splenectomia. Si può prevedere l'azione dell'adrenalina facendo, nei giorni che precedono l'operazione, una iniezione di prova, ed osservando le modificazioni del volume della milza su diagrammi presi prima e dopo l'iniezione.

La iniezione di adrenalina permette di risparmiare una gran perdita di sangue al malato, sembra inoffensiva e contribuisce a diminuire la gravità dell'intervento.

Maurizio.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

M. Kappis. *Organisation und Ordnungsmässer Betrieb des Operationssaals.* Ed. G. Thieme, Lipsia, 1927.

E' un volumetto di 118 pagine (indice compreso) nitidamente stampato, corredato di 28 figure.

E' diviso in parecchi capitoli, che trattano dell'organizzazione generale di una camera operatoria modello; dell'illuminazione, riscaldamento, aerazione, ammobiliamento della stessa; dell'istrumentario operatorio; della disinfezione dei materiali di sutura; della preparazione del malato, della narcosi, ecc.

Kappis ha saputo così raccogliere in un breve spazio, e in maniera molto chiara, un insieme di notizie e di norme, che possono certamente facilitare il compito dei chirurgi, specie di quelli che debbano organizzare o riorganizzare, secondo moderne vedute, dei servizi di chirurgia. A. Chiasserini.

M. Behrend. *Die Vor- und Nachbehandlung bei chirurgischen Eingriffen.* II Ediz. Berlino, J. Springer, 1929. Un vol. di pag. 115 con 5 figure. Rm. 4.80.

L'A. ha raccolto in questo volume gli insegnamenti ricavati da una lunga esperienza in un grande centro chirurgico, sul trattamento pre- e postoperatorio del paziente.

L'esposizione succinta lascia soddisfatto il lettore che vede raccolti brevemente, anche nei

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

particolari, una serie di questioni che interessano specie la cura diretta del malato nei primi giorni dopo l'operazione.

L'esaurirsi rapido della I ediz. indica il favore con cui è stato accolto il libro, specie da chi non può giovarsi di un lungo periodo di tirocinio.

VALDONI.

W. v. OETTINGEN. *Chirurgie des Land- Schiffs- und Kolonialarztes.* Edit. T. Steinkopff. Dresda, 1928. Un vol. di pag. 380. Rm. 18.

L'A. ha voluto scrivere un libro di chirurgia pratica per i medici condotti, i medici di bordo e quelli coloniali. Sono descritte minutamente le piccole operazioni e la chirurgia di urgenza quale può essere praticata da medici che non possono disporre di una attrezzatura chirurgica sufficente. Preoccupazione costante dell'Oettingen è di non trascurare nella trattazione anche i più piccoli particolari di importanza pratica, in modo che il medico vi possa ricorrere sempre con la sicurezza di trovare l'indicazione che gli abbisogna dal lato pratico. E in ciò i lettori concorderanno con noi nell'affermazione che l'A. è riuscito appieno nel suo intento.

Completa la trattazione un elenco dei medicinali e dei ferri chirurgici indispensabili per il medico che si trovi isolato nelle condizioni accennate.

VALDONI.

G. PERACCHIA. *Le fratture dell'estremità superiore dell'omero.* Cappelli ed. Bologna, 1929.

L'A., sulla base dell'ingente numero di fratturati della Clinica chirurgica dell'Università di Milano, ha compiuto un lavoro interessante e completo in cui, esaminando i vari tipi di frattura dell'estremità superiore dell'omero, ne traccia i caratteri clinici, radiologici, utili entrambi per la diagnosi ed in ugual grado — mentre oggi v'è l'abitudine da parte di molti medici di basarsi solamente sul reperto radiologico — e infine, cosa più utile ancora, dal punto di vista pratico, la cura.

Oltre la terapia incruenta con i vari metodi, l'A. si estende a trattare del trattamento a cielo scoperto di cui nella Clinica chirurgica di Milano ha potuto vedere molti casi, e che rappresenta molte volte il trattamento che dà i migliori risultati.

Il volume è arricchito da numerose e nitide incisioni.

V. GHIRON.

LIONEL R. FIFIELD. *Infections of the Hand.* Pagine VIII-192, con 67 illustrazioni. Londra, H. K. Lewis e Co., 1926.

Precede in questo libretto aureo per gli studenti e per i chirurghi pratici, una esposizione nitida e sufficientemente estesa (40 pagine di anatomia della mano, ben chiarita da opportune illustrazioni. Indi ogni tipo di lesione, dalle minime alle più gravi, è concisamente ma senza confusione studiata sotto l'aspetto clinico, diagnostico e curativo. Con questa monografia si colma una lacuna di molti libri di testo in cui questo argomento del massimo interesse pratico è trattato troppo alla sfuggita.

L. TONELLI.

M. JAMY. *La coxite gonococcique.* Gauthier, Villaret et C., Paris.

È una monografia basata su 180 osservazioni raccolte dalla letteratura, alle quali l'A. ne aggiunge 11 inedite raccolte negli Ospedali di Parigi.

La coxite gonococcica che costituisce oramai una entità patologica ben definita, importante sopratutto per le gravi conseguenze che causa è studiata molto completamente. Un capitolo speciale è dedicato a questa localizzazione nell'infanzia. Molte figure, specialmente riproduzioni di radiogrammi, completano il lavoro che forma un volume di 250 pagine, in bella veste tipografica.

M. ASCOLI.

KIDD e SIMPSON. *Common infections of the female urethra and cervix.* Oxford med. pubbl., 1929.

È un volumetto di non grande mole (191 pagine) ma molto interessante dal punto di vista della pratica, scritto da due noti cultori di venereologia, i quali sono a capo di un Ospedale londinese per la cura delle malattie veneree delle donne e dei bambini. Mentre la parte teorica e anatomo-patologica è accennata assai brevemente; è invece molto ben curata la parte clinica e sopratutto il trattamento curativo che è descritto molto minuziosamente e nei suoi vari metodi. Interessante anche per il chirurgo la parte in cui tratta dell'uretroscopia. È un trattato che riuscirà molto utile ai medici come guida alla cura di queste affezioni così diffuse. E sarà utile anche da un punto di vista sociale data l'estensione con cui è trattato il capitolo della profilassi.

V. GHIRON.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 6 dicembre 1929.

Presidenza: Prof. A. FERRATA, presidente.

Sulla fluorescenza degli eumiceti alla luce di Wood.

PIERO REDAELLI e FRANZ CORTESE. — Gli OO. hanno eseguito esperienze fluoroscopiche su numerose specie fungine di Saccaromiceti e Ifomiceti, tra i quali ultimi presero in particolare considerazione diversi Actinomiceti. Mettono in evidenza fenomeni di fluorescenza variabili a seconda di circostanze diverse; discutono i rapporti di questa con la produzione di sostanze coloranti da parte dei miceti stessi, e giudicano il valore del fenomeno ai fini della diagnostica generica e specifica.

Sindromi neuro-anemiche.

C. DI GUGLIELMO. — L'O. illustra un caso di sindrome neuro-anemica, caratterizzato dall'associazione dei sintomi dell'anemia perniciosa con quelli di una forma di degenerazione combinata subacuta del midollo spinale. L'epatoterapia ha determinato lievi miglioramenti del quadro ematico e delle condizioni generali, lasciando quasi del tutto immodificati i sintomi nervosi. La ragione dell'insuccesso deve essere attribuita, con molta probabilità, al fatto che s'interviene quando le lesioni nervose durano già da anni.

Ulteriore contributo allo studio etno-antropologico dei gruppi sanguigni.

Dott. D. VIOLA. — L'O. esaminò 330 italiani ricercandone il gruppo sanguigno e mettendo al confronto col sangue di ciascun individuo sieri testo di ceppo europeo e sieri di ceppo arabo senza avere mai alcuno scarto di reazione.

L'O. con queste sue nuove ricerche porta a 2000 il numero di individui nati in Italia da lui complessivamente esaminati, e ne comunica le seguenti percentuali di frequenza dei gruppi: gr. O: 37,3 %, gr. A: 44,9 %, gr. B: 11,4 %, gr. AB: 6,8 %.

Tubercolosi encefalica ed ependimite cronica.

REDAELLI PIERO. — L'O. descrive un caso di tubercolosi silente delle meningi che residua un tubercolo solitario molto piccolo nei plessi corioidei del quarto ventricolo. Al processo infiammatorio di modico grado segue una insolita reazione della glia sottopendimale dei ventricoli; in quelli laterali si ha la comune ependimite granulare, nel quarto ventricolo si ha una forma ipertrofica esuberante di gliomatosi con neoformazione vascolare ed epiteliale che maschera completamente il processo infiammatorio. L'A. discute i rapporti fra tubercolosi ed ependimite portando un contributo al problema delle forme tubercolari del rivestimento ventricolare e del sistema gliale sottoependimale.

Il Segretario: F. RICCI.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 2 dicembre 1929.

Contributo all'uso delle stomosine in ostetricia.

Dott. CAMILLO DUC. — La terapia stomosinica si è dimostrata assai efficace come mezzo di profilassi, come risulta dai casi descritti in cui si è usata la stomosina polivalente per una durata media di 5 giorni.

L'uso della terapia stomosinica come mezzo curativo si è dimostrato ugualmente efficace nei casi di puerperio infettivo palese, in cui non si sono mai verificati segni di intolleranza.

Su un caso di afasia in decorso di broncopolmonite influenzale.

Dott. GIULIO JONA. — Riferisce un caso di broncopolmonite influenzale accompagnato da emiparesi destra, scosse cloniche alla muscolatura della faccia del lato paretico, afasia, Babinski bilaterale, in bambina a tara neuropatica materna.

Esprime l'opinione si tratti verosimilmente di un focolaio di encefalite influenzale localizzata alla zona del Broca e alla zona motrice di sinistra.

Considerazioni sulla febbre di origine tubercolare.

Dott. LUIGI GREPPI. — L'O. espone il caso di un bambino di due anni che nel periodo estivo improvvisamente presentò febbre elevata e diarrea. Quantunque l'esame clinico polmonare non dimostrasse alcunchè a carico dell'apparato respiratorio, mediante l'esame radiografico fu dimostrato un esteso infiltrato periilare, che fu interpretato di sicura origine tubercolare. Il paziente dopo più di due mesi di malattia acuta ha raggiunto un'apparente guarigione ed è attualmente in floridissime condizioni, nonostante perduri immutato il quadro radiologico di infiltrato periilare.

L'O. mette in evidenza la difficoltà di diagnosi in questo suo caso e la diversità di quadro radiologico fra queste forme tubercolari ad infiltrato periilare e quelle miliariformi, essendo per queste ultime l'esito fatale, mentre non di rado nelle prime ci è dato di constatare una apparente guarigione.

Le actinomicosi nella provincia di Novara.

Dott. LUIGI FERRERO. — L'O. espone tre casi di actinomicosi osservati nella Sezione Dermopatica dell'Ospedale Maggiore. Il primo era a tipo di nodulo chiuso al mascellare inferiore; il secondo a noduli aperti di tipo gommoso all'arto inferiore di sinistra, il terzo a tipo di vero micetoma del piede (Piede di Madura). In tutti e tre fu isolato e coltivato come agente patogeno l'Oospora bovis.

L'O. trae considerazioni sulle caratteristiche cliniche dell'actinomicosi umana, ed illustrando i preparati istologici, mette in rilievo il quadro anatomo-patologico della malattia. Notando poi

come dei tre casi i due primi fossero sensibili al trattamento con joduro, al quale il terzo si dimostrò resistentissimo, trae considerazioni sulla terapia delle forme actinomicosiche.

Considerazioni sulla epidemia di malattia di Heine Medin nel 1929.

Dott. prof. PIERO FORNARA. — Su 25 casi oltre alle poliomieliti ordinarie (fra cui due casi con paralisi dei muscoli addominali), ebbe ad osservare tre casi con sintomi di lesione piramidale (Babinski) verosimilmente per associata leucomielite: due casi di forma quadriplegica con esito in lento miglioramento, quattro casi con quadriplegia e paralisi ascendente, di cui tre morirono in poche ore di paralisi respiratoria: un caso di emiplegia a tipo spastico in un lattante, ed un caso di paralisi del facciale a tipo periferico, ad inizio febbrile e con convulsioni, osservati in paese ed in periodo di epidemia: nessun caso di forma meningea pura, ma varii casi (più rari però che in precedenti epidemie) in cui coi sintomi paralitici esistevano più o meno netti sintomi meningei. Ricorda un caso in cui una paralisi localizzata ad una gamba comparve nel corso di una varicella, ed un altro caso — antecedentemente osservato — in cui comparve nel corso di una pertosse: espone il caso di due cugini abitanti in paesi distanti 6 Km., che da più di un mese non si vedevano ma i cui genitori lavoravano allo stesso stabilimento e che nello stesso giorno ammalarono di forma meningeo-mielitica di Malattia di Heine Medin.

Ma oltre a questo caso in cui è verosimile ammettere che uno dei due genitori fosse portatore del medullo-virus non ebbe mai ad osservare casi di contagio diretto nè in clientela nè in Ospedale, giudica quindi che l'opportuno isolamento in Ospedale di questi malati non ha l'obbligo di essere assoluto; ciò risulta anche dai dati della letteratura.

Dal punto di vista della reazione meningea umorale, espone i reperti di 61 punture lombari eseguite in 35 casi (21 dell'attuale epidemia, 14 degli anni scorsi): la reazione meningo umorale fu costante in tutti i casi: nei casi presi molto recentemente vi era una reazione citologica che poteva essere lieve, ma poteva essere cospicua, come in tre casi a tipo quadriplegico ascendente (90, 120, 650 cellule): costante l'iperalbuminosi e la positività delle reazioni globuliniche che, come l'A. già notò, sono particolarmente intense nelle non rare forme meningo-mielo-radicolari e che persistono anche dopo scomparsa la reazione citologica, come reazione isolata persistente spesso a lungo: la reazione al benzoino colloidale eseguita in tutti i casi diede sempre una certa precipitazione patologica, di solito solo un allargamento della zona meningitica, talora anche una parziale precipitazione nei primi tubi.

La Wassermann sul liquor fu sempre negativa.

Dal punto di vista terapeutico l'O. eseguì in qualche caso isolato la sieroterapia con siero di convalescente, con risultati che paiono realmente buoni; le iniezioni endorachidee di adrenalina non impedirono la morte in due casi di forma ascendente; l'autoliquorterapia (iniezione sottocutanea di dosi progressive di liquor) e la cura alla Bordier (röntgenterapia midollare e diatermia) eseguite in una ventina di casi diedero risultati che possono parere utili, ma che in una malattia a decorso e ad esiti così capricciosi, capace di regressione spontanea, sono difficili da giudicare: lo dimostra il fatto che alcuni casi così curati precocemente ed intensamente, non presentarono alcun miglioramento.

Il Segretario: Dott. RINALDO RINALDI.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 25 novembre 1929.

Presiede il Prof. D'ALESSANDRO.

Dopo una breve relazione del Presidente, illustrante il lavoro compiuto nel biennio decorso, l'Assemblea procedette all'elezione dell'ufficio di Presidenza per il biennio 1930-31. Vennero rieletti a presidente il prof. D'ALESSANDRO, a vice presidente il dott. ROVIGLIO, a segretario il dott. CAMPLANI.

Tumore mammario.

Il dott. CAMPLANI riferisce sopra un caso di una donna operata sette anni prima di tumore mammario. Attualmente presenta gravissime lesioni dello scheletro che radiologicamente si devono interpretare come dovute a metastasi a tipo osteoclastico.

Alla discussione partecipano il prof. LUSSANA, D'ALESSANDRO, GAVEZZENI e il dott. GALMOZZI.

Il prof. LUSSANA poi presenta ed illustra tre casi di resezione gastrica, due casi di prostatectomia ed un caso di toracoplastica da lui operati con esito favorevole.

A.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Studio sulla topografia delle sezioni elaboratrici dell'acido cloridrico nello stomaco.

Brenckmann e Doloyers (*La Presse Méd.*, 21 agosto 1929, n. 67, p. 1086) si sono serviti della reazione al bleu di Prussia per mettere in evidenza l'acido cloridrico segregato dalla mucosa gastrica dei cani. Si prepara il bleu di Prussia a partire dal cianuro di potassio e dal cloruro fenico; questo precipitato è lavato con l'acqua distillata; il bleu di Prussia in seguito è scomposto dalla potassa caustica e si ottiene ferrocianuro di potassio ed un precipitato di idrossido di ferro. Il miscuglio colora in bruno aggiungendo una base, e dà la colorazione del bleu di Prussia con l'aggiunta di acido.

Gli AA. aprirono lo stomaco dei cani in piena digestione, lo vuotarono del contenuto e lavarono la mucosa gastrica con abbondante acqua distillata a 37°, facendo in modo da lasciare intatti l'innervazione e la vascolarizzazione dello stomaco. Con un tampone intriso del miscuglio di idrossido di ferro e di ferrocianuro di potassio bagnarono tutta la mucosa gastrica. Alcune regioni di questa istantaneamente si coloravano in bleu cupo, altre rimanevano brunastre, altre con una colorazione intermediaria verdastra.

Privando lo stomaco della circolazione in pieno periodo digestivo non si ha affatto colorazione specifica del bleu di Prussia. Del pari si colora in bleu di Prussia lo stomaco a digiuno.

In animali gastroenterostomizzati con bocca enteroanastomotica in corrispondenza del fondo non si ebbe colorazione del bleu di Prussia nella zona circostante alla enterostomia.

Da quanto innanzi concludono: 1) che il fondo è la regione di mucosa gastrica che elabora acido cloridrico; 2) la demarcazione con la regione centrale è nettissima e corrisponde alla frontiera citologica dei due settori; 3) la zona della bolla d'aria del fondo non partecipa per così dire, all'elaborazione dell'acido cloridrico, anche dopo diminuzione operatoria della sacca gastrica; 4) lo stomaco privato della sua circolazione non forma più acido cloridrico; 5) lo stomaco a digiuno non presenta reazione del bleu di Prussia; 6) dopo gastroenterostomia in territorio del fondo risulta una modificazione dei processi di elaborazione acida in vicinanza della bocca. L'apertura di questa non presenta più reazione del bleu di Prussia.

JURA.

Lo spessore del muscolo pilorico in rapporto con l'ulcera, la gastroenterostomia e il carcinoma.

Horwitz, Alvarez e Ascanio (*Ann. of Surgery*, aprile 1929) trovarono in 47 adulti senza lesioni gastro-duodenali, lo spessore del muscolo pilorico che variava da 3,8 a 8,5 mm. Le cifre variavano col peso, l'altezza e l'età del soggetto. Quando non esisteva occlusione le ulcere duodenali sembra che abbiano ordinariamente scarsa influenza sullo spessore del muscolo pilorico. Qualche volta sembrano produrre atrofia di esso e quando esiste stenosi vi è talvolta una ipertrofia. L'ulcera gastrica generalmente è causa di ipertrofia.

La gastro-enterostomia tende a produrre una atrofia del muscolo pilorico. Il carcinoma della regione pilorica non ha ordinariamente influenza su di esso, ma qualche volta può essere associato con l'ipertrofia del muscolo.

Queste osservazioni possono essere invocate a sostegno della tesi secondo la quale il rapido miglioramento del dolore dopo eseguita una gastro-enterostomia è dovuto almeno in parte all'immediato riposo nel quale viene posto il muscolo nella regione pilorica.

M. ASCOLI.

Nuove questioni nel campo della chimica fisiologica della digestione.

Otto Fürth (*Wien. Klin. Woch.*, n. 33, 1929) dimostra che nessun alimento eccita la secrezione gastrica meglio di una buona zuppa di carne, analoga azione hanno il caffè, il the e il cacao.

La presenza dell'acido lattico nei tumori dello stomaco è da attribuirsi a processi di fermentazione, non alla produzione dell'acido lattico entro il tumore.

Le proteine dissociate sono solo in minima parte assorbite dallo stomaco, e la estirpazione di questo non danneggia il loro assorbimento.

La mucosa delle varie parti dell'apparato digerente resiste all'azione dei succhi digestivi (autodigestione) non con l'aiuto di ipotetici fermenti o di chitina ecc., ma semplicemente perchè è viva, e fino a che vive.

Il significato della « secretina » di Baylin sembra assai dubbio.

I fermenti che attaccano le proteine sono 4: Pepsina, Tripsinogeno, Tripsina attivata dall'enterochinasi ed Erepsina: non sembra però che tale processo di scissione proteinica sia condotto sino in fondo.

I clisteri nutritivi sembrano assumere importanza sempre maggiore in alcune malattie (ulcere, cancro dell'intestino, dissenteria ecc.). La nutrizione percutanea permette la somministrazione di carboidrati e di grassi, è inattiva per le proteine.

V. SERRA.

CASISTICA.

Le artriti.

L. Jeffery (*Endocrine Survey*, giugno 1929) distingue tre tipi di artriti: la forma non produttiva od atrofica, quella produttiva od ipertrofica (osteoartrite) e la classe speciale delle artriti da gonorrea, tubercolosi, sifilide, febbre reumatica, ecc. Vi sono anche tipi misti.

Il tipo non produttivo comprende la poliartrite che è comune nei bambini e nei giovani, quasi sempre di natura infettiva.

Il tipo produttivo è, di solito, un'artrite della età media o tarda ed è spesso monoarticolare. Inizio insidioso, in cui il primo segno è la rigidità; più tardi, si ha il dolore. I sintomi spesso seguono a traumi, esposizione al freddo, o qualche malattia.

L'A. osserva che l'aspirina, nell'artrite, calma il dolore, ma non guarisce la malattia ed ha un'azione simile a quella di uno sciroppo calmante nella tubercolosi.

La ragione per cui, nei casi cronici, la cura di un focolaio d'infezione, sia esso nelle tonsille o nei denti o così via, non dà lo sperato miglioramento, si è che l'infezione è ormai diffusa in tutto l'organismo, mentre invece è importante il trattamento dei casi fin dall'inizio. L'A. ritiene che nella maggior parte dei casi, l'organismo in causa sia lo streptococco viridans ed ha ottenuto dei buoni risultati con l'uso di vaccini preparati con esso.

Non bisogna poi trascurare, nella patogenesi dell'artrite, il fattore endocrino, per cui si sono veduti spesso dei miglioramenti con l'uso combinato di estratti tiroidei ed ovarici. Fra le altre condizioni generali che possono avere importanza per la genesi dell'artrite, sono da menzionarsi l'anemia, l'ipertensione, la nefrite, ecc., che possono agire nel senso di ridurre la resistenza e l'immunità, per difetti di eliminazione e di metabolismo.

fil.

Dolori alle ginocchia per affezioni delle anche e dei piedi.

A. Blencke (*Die Medizinische Welt*, 10 agosto 1929), rileva che le ginocchia possono essere sede di dolori per malattie delle articolazioni coxo-femorali e dei piedi, senza che nelle ginocchia stesse si rilevi la menoma alterazione morbosa e senza che le parti affette, anche e piedi, siano dolenti.

Così nell'artrite deformante dell'articolazione coxo-femorale si può, specie negli stadi iniziali, essere indotti in errori diagnostici, perchè oltre il dolore e altri sintomi nel dominio dello sciatico e nella regione dorsolombare, possono comparire dolori alle ginocchia che mettono il medico fuori strada.

Al riguardo l'A. riporta la storia clinica di due casi capitati alla sua osservazione.

Nel primo caso si trattava di una donna quarantenne che da circa un anno e mezzo lamentava dolori al ginocchio destro, che si esacerbavano con lo stare in piedi e con il cammino. Tutte le altre articolazioni erano indolenti e tutti i disturbi erano localizzati al ginocchio, nel quale si avvertiva solo un leggerissimo scricchiolio. Le molteplici cure locali e generali non ebbero alcun effetto. L'A. esaminò la donna completamente nuda e potette così constatare una rilevante deviazione delle gambe nelle posizioni estreme di estensione e flessione dell'articolazione dell'anca. D'altra parte l'esame radiologico metteva in evidenza notevoli alterazioni deformanti dell'articolazione coxo-femorale. Non v'era quindi alcun dubbio che esisteva una lesione dell'anca la quale senza produrre alcun dolore locale rendeva dolente il ginocchio.

Nel secondo caso si trattava di un giovanetto sedicenne che da circa un anno accusava dolori al ginocchio destro e solo in questo. Ogni trattamento, come nel caso precedente, rimase senza effetto. Il medico curante fece diagnosi di gonartrite cronica. L'A. riscontrò: adduzione della gamba destra, forte rotazione esterna e leggera flessione della coscia ed anche in questo caso, come nel precedente, il bacino seguiva i movimenti dell'arto. Il soggetto presentava il tipo costituzionale di Mikulicz ed una sindrome adiposo-genitale, condizioni predisponenti alle alterazioni dell'articolazione coxo-femorale che caratterizzano la malattia di Perthes. L'esame radiologico mise in evidenza una notevole alterazione della testa del femore. Malgrado le rilevanti alterazioni dell'articolazione coxo-femorale, questa era completamente indolente, mentre il dolore esisteva solo nel ginocchio, che era assolutamente indenne.

Fatti analoghi si verificano in alcune affezioni dei piedi, sopra tutto nel piede piatto in tutte le sue modalità, che può dar segno della sua presenza solo per l'esistenza di dolori alle ginocchia. Questi disturbi sono per lo più bilaterali, ma possono essere anche unilaterali e dipendono dalle alterazioni statiche della gamba determinate dalla deformità del piede. Al riguardo è a rilevare che i piedi piatti pur non dando alcun disturbo localizzato direttamente ai piedi, possono dare diversi fenomeni a distanza che sono erroneamente attribuiti a sciatica, a gonartriti reumatiche, a lombaggini.

Una donna ventisettenne accusa da circa due anni e mezzo sofferenze alle ginocchia che comparvero con una gravidanza, durante la quale la paziente era molto aumentata di peso. Ha tentato tutti i mezzi per liberarsi di queste sofferenze. I dolori sono localizzati a destra nella regione interna del ginocchio ed a sinistra all'interno della testa dell'epifisi della tibia. Le ginocchia anche all'esame radiologico non

presentano alterazioni di sorta. Esiste però piede piatto legamentoso bilaterale con completa scomparsa della volta plantare. Tuttavia i piedi erano sempre rimasti indolenti. La correzione del piede piatto fece scomparire i dolori alle ginocchia.

I tre casi su riferiti dimostrano la necessità di procedere all'esame sistematico di tutto l'arto in ogni caso di dolore ad un ginocchio sopra tutto in quei casi nei quali quest'articolazione non presenta alterazioni sufficienti a spiegare le sofferenze accusate.

DR.

Le artriti sifilitiche delle dita.

Sono manifestazioni luetiche tardive; Franchein (*Dermatologische Woch.*, n. 30-31, 192· richiama l'attenzione su di esse in quanto la etiologia può sfuggire. Sono dolorose, il dolore non cede che alla cura specifica. In un primo tempo si ha solo dolore, poi lesioni articolari cioè tumefazione per interessamento della capsula e versamento sinoviale. Tardivamente si giunge a sublussazioni delle articolazioni e deviazione dell'asse del dito. Spesso sono simmetriche. La radiografia mostra i segni dell'artrite ulcerosa (?), ma nulla di specifico per la lues.

La diagnosi si fa con l'anamnesi, la R. W., e il criterio *ex juvantibus*.

La cura: mercurio, joduro di potassio, bismuto e arsenico. L'arsenobenzolo è il pi· energico, spesso provoca esacerbazioni dolorose che non devono fare interrompere il trattamento.

L. TONELLI.

TERAPIA.

Insulino-resistenza nel diabete.

Questa questione è assai variamente intesa dai varii studiosi. Rathery, Rudolf, Thoyer e Villière (*Bull. d. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n. 25, 1929) osservano come si debba anzitutto distinguere una falsa insulinoresistenza derivante da una delle tre seguenti cause: *a*) l'insulina è mal prescritta; o a dosi troppo piccole, o non frazionate a dovere, ecc.; *b*) il regime prescritto è male equilibrato; la medicazione insulinica non sopprime affatto la necessità di un regime appropriato al caso; *c*) molti diabeti possono avere decorso capriccioso per molte cause.

Oltre a questi casi esistono altri numerosi in cui si ha vera insulino-resistenza. Questa è relativamente frequente. Si può distinguere una insulino-resistenza completa in cui cioè l'insulina non manifesta alcuna influenza nè sullo stato generale nè sui fatti umorali (sangue e urine): questa forma è assai rara. Vi è poi l'insulino-resistenza parziale in cui in alcuni casi si hanno solo modificazioni cliniche dello stato generale, mentre i disturbi del metabolismo degli idrocarbonati si accentuano sempre più. In altri invece si ha anche una azione sul metabolismo ma solo in modo parziale, e così possono aversi vari altri modi di manifestazione di questo stesso fenomeno. Queste insulino-resistenze sono molto frequenti nei diabeti consecutivi. Si deve concludere che l'insulinoterapia è efficace spesso ma non sempre. Tuttavia si deve sempre tentare nei diabetici consuntivi ed in dosi sufficenti. Circa la causa della insulino-resistenza tutto pare appoggiare la teoria che ammette l'esistenza a lato dell'insulina, di un'altra sostanza sconosciuta che deve intervenire nella fisiopatologia del diabete.

L. TONELLI.

L'uso degli zuccheri caramellati nel regime dei diabetici.

Quando si scalda uno zucchero al di sopra del suo punto di fusione si trasforma in caramello: questo non è che un miscuglio di glicosio e di una anidride che fu detta levulosane se lo zucchero caramellato era saccarosio, e glucosane se era glucosio; queste anidridi non differiscono dallo zucchero da cui derivano che per la perdita di una molecola d'acqua. Kerb in Germania riuscì ad isolare un tetraglicosano che fu noto col nome di salabrosio. Questo venne lungamente sperimentato in Germania allo scopo di vedere se potesse sostituire utilmente gli altri zuccheri nella alimentazione dei diabetici, e parve che ciò fosse possibile con vantaggio. Recentemente M. Labbé, R. Boulin, Gilbert-Dreyfus (*Bull. Soc. Méd. des Hôp. Paris*, n. 25, luglio 1929) hanno ripreso queste ricerche ma non con il salabrosio, bensì con gli zuccheri comuni caramellati ed essi concludono che la caramellizzazione dello zucchero, non trasforma per nulla questa sostanza in modo da non influenzare la glicemia nè la glicosuria dei diabetici. Essa non offre, almeno, sugli idrati di carbonio abitualmente prescritti nella razione di questi malati, vantaggi tali da giustificare la preferenza.

L. TONELLI.

La cura dello shock con destrosio e insulina.

Wade (*Journ. of the Amer. Med. Ass.*, v. XC, n. 23, 1928) avrebbe ottenuto dei risultati assai superiori a quelli che si hanno con soluzioni saline o destrosio usati isolatamente.

La posologia dell'A. è: 1000 cmc. di soluzione di destrosio al 5-10 %, associata ad una quantità di insulina uguale alla porzione di 1 unità di insulina per 3 gr. di destrosio. Il miglioramento si ha dopo iniettato 800 cmc. di questa soluzione. Questo trattamento secondo l'A. si dovrebbe istituire solo quando la pressione si abbassa sotto agli 8-9 cm. di mercurio: è questa quella che Wade chiama soglia critica della tensione arteriosa.

L. TONELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 501-4:

La bradicardia presentata deve essere risoluta per la sua origine con l'esame elettrocardiografico.

Il terzo tono che si ascolta corrisponde alle così dette « sistoli in eco » che, secondo Lewis, derivano da contrazioni isolate auricolari durante la diastole ventricolare.

T. PONTANO.

Al dott. C. G., da G. d. C.:

La letteratura sui paratifi è vastissima. I più bei capitoli sono stati scritti da Schottmüller nel trattato di Mohr e Staehelin, e da Widal nel trattato di Roger e Widal.

T. P.

Al dott. N. R., da C.:

1) Non esiste una rivista italiana di laboratorio.

2) *Archivio italiano di Urologia*, diretto dai proff. ALESSANDRI, BRUNI, FERRIA, GARDINI, LASIO. L. Cappelli, ed. Bologna.

fil.

Al dott. S. C., da Roma:

A termini dell'art. 1 del decreto ministeriale 2 dicembre 1926, la vaccinazione antitifica è obbligatoria per il personale addetto alla raccolta e allo smercio del latte.

M. C.

Al dott. F. R., da A.:

Il decreto ministeriale 6 febbraio 1926 circa i programmi e le norme generali per gli esami di concorso ai posti di ufficiale sanitario non ha numero.

M. C.

Al dott. R. P., da G.:

L'art. 6 del R. decreto legislativo 30 dicembre 1923, n. 2889, stabilisce che ogni laboratorio provinciale d'igiene e profilassi abbia due sezioni: l'una medico-micrografica, l'altra chimica, e ciascuna deve avere un proprio direttore, rispettivamente medico o chimico.

Quindi evidentemente le due sezioni sono indipendenti l'una dall'altra: però, soggiunge la legge, esse sono coordinate fra loro. A chi spetta questa coordinazione? Poichè lo stesso articolo succitato stabilisce che il medico provinciale sovraintende, per la parte tecnica, al laboratorio provinciale, deve dedursi che al medesimo funzionario spetti la eventuale coordinazione fra le due sezioni.

M. C.

Al dott. G. Z., da Milano:

Suggeriamo:

Francia: *La Presse Médicale*, boulevard Saint-Germain 120, Paris (6 e).

Inghilterra: *The Lancet*, Strand 423, London V. C. 1.

Germania: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Viktoria-Luise Platz, Berlin W. 30.

Spagna: *Medicina Ibera*, Lacana 36, Madrid.

Argentina: *Semana Médica*, Cordoba 2254, Buenos Aires.

Stati Uniti d'America: *The Journal of the American Medical Association*, North Dearborn Street, 535, Chicago, Ill.

A. P.

VARIA.

Radiofonia e sanitarii rurali.

Il dott. A. Bianchini ha pubblicato su questo argomento nell'*Avvenire Sanitario* un articolo in cui deplora che la radiodiffusione non venga utilizzata per la coltura specifica dei medici nelle campagne. Egli dice: « per i medici condotti cui certamente non dispiacerebbe di sentire di tanto in tanto l'autorevole voce di qualche scienziato della loro classe, nulla: delle più moderne cure e dei progressi giganteschi di ogni giorno in tutti i campi della medicina — della chirurgia — nelle nevrosi — nell'igiene — nelle malattie del lavoro ogni giorno più complesse e più varie,... nulla. Le Riviste? Infatti ci sono e buone, ma costano l'iradidio e non sempre sono a portata di tasche del medico condotto. Certo, ve ne sono anche di gratuite o semi: ma a che servono queste se non per lanciare qualche prodotto d'orpello? Ecco quindi uno scopo altamente nobile ed umano della radiofonia! ». Si occupa poi delle modalità e facilitazioni di acquisto degli apparecchi riceventi e aggiunge: « diamo la possibilità a tutti i nostri colleghi di tutta Italia di avere un buon apparecchio economico, di facile manovra, che consenta loro di gustare anche della buona musica dalle nostre stazioni e dalle cento stazioni europee.

« Il resto, quello cioè delle conferenze scientifiche professionali, verrà: coloro che sopraintendono ai programmi delle stazioni nostre e che hanno ricevuto il verbo del nostro Governo Nazionale, non lasceranno da parte la classe dei medici condotti e qualche cosa si farà anche per loro e per l'umanità.

« Conosciamo dei Rettori di Università, medici e chirurghi e professori di gran grido, che sarebbero lieti di affidare al microfono qualcuna ancora di quelle lezioni che, in tempi più o meno lontani, elettrizzavano l'ambiente, perchè anche i loro vecchi allievi di tutta Italia le possano sentire ancora, così come una volta; così ritornerà, è vero, un po' di nostalgia, ma lo spirito si risolleverà e tutti avranno la sensazione di essere veramente vicini e tutti confermeranno una volta di più che il mondo realmente cammina e fa passi da gigante ».

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

II. - Limitazione dell'attività professionale e titolo di specialista.

È stato già ben chiarito che la legge vieta l'uso della qualifica di specialista e non l'esercizio di una data specialità. Il medico chirurgo, iscritto nell'albo degli ordini, può limitare la sua attività alla cura di determinate malattie o ad un particolare ramo della medicina e chirurgia anche se l'obbietto di esso costituisca, generalmente, una vera e propria specialità.

Ma è stato segnalato alla nostra attenzione questo quesito: chi circoscrive la propria attività professionale, può specificarla negli avvisi al pubblico? Per es.: N. N. « Malattie dell'apparato respiratorio »; « Gabinetto odontoiatrico »; « Cuore e circolazione », e simili. Si è osservato che, con queste e con altre formule analoghe, si può dissimulare la designazione della qualità di specialista, per la quale occorre invece il titolo previsto dalla legge.

Se questa vieta l'uso della qualifica, è da ritenere che non si possa nemmeno farne indicazione con forme sia pure attenuate o maliziose.

A noi non sembra che, astrattamente, il dubbio abbia seria consistenza. È vietato, come si è detto, l'uso della qualifica di *specialista*. La *parola*, in questo caso, ha particolare importanza; per disposizione di legge, essa ha un significato specifico e designa una data qualità di accreditamento e una preparazione più intensa, acquisita con mezzi e procedimenti adeguati, e riconosciuta dagli organi competenti. Chi si qualifica « consulente legale » non fa uso del titolo di « avvocato ». A questa ultima qualificazione corrisponde una particolare situazione giuridica e professionale.

Il consulente legale svolge una attività che non presuppone necessariamente il titolo di avvocato: l'una qualificazione non può, quindi, corrispondere o equivalere all'altra. Osservazione analoga si può fare per il *titolo di specialista*. Il concetto che vogliamo fissare è questo: la parola ha, in questi casi, un significato caratteristico e specifico. La simulazione artificiosa è possibile; ma è necessario che la qualificazione apparente sia tale che possa dedursene l'attribuzione del titolo di specialista.

Il medico che limita il campo della propria attività, può segnalare al pubblico questa limitazione obbiettiva. Sinchè egli aggiunge al proprio titolo professionale la indicazione di un ramo della medicina e chirurgia o di determinate malattie, non si attribuisce la qualifica di specialista: egli fa una comunicazione che è diretta a far conoscere l'obbietto normale della sua attività. Da questo punto di vista, sembrano a noi legittime le specificazioni sopra indicate, perchè il medico chirurgo nè si attribuisce esplicitamente una qualifica che non gli spetta, nè usa una formula artificiosa che possa indurre persone di normale capacità a considerarlo specialista.

È da ritenere, anzi, che non soltanto non sia violata la legge concernente l'uso della qualifica, ma non si faccia nemmeno cosa sconveniente dal punto di vista deontologico e della correttezza professionale.

La simulazione può verificarsi nei casi in cui le designazioni dell'oggetto dell'attività *e di altri titoli* siano tali da far credere che quel professionista sia o si presenti come uno specialista. Questa indagine deve esser fatta caso per caso. Può essere rilevante per esempio la designazione di un corso di perfezionamento nella materia che è indicata come oggetto dell'attività, specialmente se si tratti di un corso che *possa essere considerato*, ma non sia, di specializzazione.

Se, invece, il medico chirurgo aggiunge al proprio nome e cognome e al titolo professionale la designazione obbiettiva di un ramo della medicina e chirurgia o di determinate malattie, soltanto per indicare e circoscrivere il campo della propria attività, è da ritenere che agisca legittimamente. Sono da considerare lecite, per es., queste designazioni: dottor N. N. « medicina interna »; « chirurgia generale »; « ostetricia »; « gabinetto dentistico » e simili.

III. - Effetti dell'annullamento di un atto amministrativo: stipendi arretrati - danni - competenza.

Segnaliamo una importante sentenza della Corte di Cassazione circa la competenza a conoscere delle azioni conseguenziali alla pronuncia di illegittimità di un atto o provvedimento amministrativo. Per intendere meglio la risoluzione, si consideri il caso concreto.

Un impiegato fu licenziato. Ricorse al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, il quale dichiarò illegittimo e annullò il provvedimento. L'impiegato chiese gli stipendi arretrati (utili mancati) e il risarcimento delle altre conseguenze dannose, costituenti diminuzione del patrimonio. La Corte di Cassazione, Sezioni Unite, con sentenza 4-27 luglio 1929, numero 3047, ha distinto gli stipendi arretrati dai veri e propri danni. « Il provvedimento

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

giurisdizionale del Consiglio di Stato, dice la sentenza, se annulla il licenziamento, importa la reintegrazione dell'impiegato nello *statu quo ante;* per effetto di esso rivive l'atto amministrativo di nomina e di assegnazione di emolumenti e l'impiegato, se non ha prestato la sua opera per effetto di un ordine, a cui non poteva sottrarsi, si considera essere stato virtualmente presente nel servizio. Dal che consegue che l'attribuzione degli stipendi non riscossi non è ristoro di danni su utili mancati, bensì una conseguenza accessoria del ripristino della precedente situazione giuridica. Il giudicare quindi se per circostanze particolari la corresponsione degli stipendi ed assegni debba mancare od essere ridotta, rientra nelle attribuzioni di quell'organo giurisdizionale che è chiamato a reintegrare i diritti degli impiegati ».

Questa risoluzione porta alle ultime conseguenze un criterio che già risultava dall'orientamento della giurisprudenza del Consiglio di Stato e della Corte di Cassazione.

Già altra volta avvertimmo che la V Sezione affermò la propria competenza a dichiarare l'obbligo della pubblica amministrazione di corrispondere, nel caso di annullamento della deliberazione di licenziamento, gli stipendi arretrati, riservata all'autorità giudiziaria soltanto l'azione di vero e proprio risarcimento di danni.

L'annullamento dell'atto illegittimo, considerò il Consiglio di Stato, determina la ricostituzione del rapporto d'impiego e, quindi, della situazione giuridica anteriore al licenziamento, come se questo non fosse avvenuto: gli stipendi arretrati sono dovuti non a titolo di danno ma in forza dello stesso rapporto che rivive per tutti gli effetti, come se non fosse stato rotto.

Questa risoluzione è stata discussa specialmente in dottrina. La Corte di Cassazione, alla quale fu prodotto ricorso per incompetenza contro la prima decisione del Consiglio di Stato, confermò quella risoluzione e, con altre sentenze successive, riaffermò lo stesso principio. Ora, come si è detto, ne trae le ultime conseguenze dichiarando che, annullato il licenziamento, se l'organo di giustizia amministrativa non ha pronunziato, circa la dichiarazione dell'obbligo di pagare gli stipendi arretrati e se l'ente si rifiuta di corrisponderli, la relativa azione è di competenza della giurisdizione amministrativa, la quale deve anche accertare se ed in quale misura gli stipendi arretrati siano dovuti.

Noi dubitiamo della esattezza e della utilità pratica della risoluzione che risulta dalla sentenza 17 luglio 1929, n. 3047. La quistione però è troppo complessa e strettamente giuridica: non sarebbe quindi possibile esaminarla compiutamente in una breve nota, che ha scopo strettamente informativo. Certamente, si deve tener conto di questa autorevolissima tendenza, agli effetti pratici. Nei casi di contestazione per licenziamento o per sospensione dallo stipendio, conviene seguire questa via: chiedere, col ricorso, all'organo di giurisdizione amministrativa competente, l'annullamento del provvedimento e la dichiarazione dell'obbligo di corrispondere gli stipendi arretrati; se la decisione accoglie l'una e l'altra domanda, si provvede alla esecuzione per via amministrativa; qualora invece sia soltanto annullato il licenziamento, senza pronunzia circa l'obbligo del pagamento degli stipendi arretrati, può l'interessato fare istanza all'ente e all'autorità tutoria per il mandato di pagamento; nel caso di rifiuto, sempre s'intende relativamente agli stipendi arretrati, l'interessato dovrebbe ricorrere in sede giurisdizionale per il risarcimento dei veri e propri danni, si deve citare in giudizio innanzi all'autorità giudiziaria.

Come abbiamo detto, questa sentenza complica praticamente le azioni che tendono alla reintegrazione della situazione giuridica e patrimoniale pregiudicata dall'atto illegittimo. È da sperare che l'orientamento attuale sia rettificato. Secondo noi, gli stipendi non corrisposti per il servizio non prestato in dipendenza del licenziamento, costituiscono una conseguenza dell'atto illegittimo e sono elementi del danno. Bisogna però attenersi, praticamente, all'indirizzo della giurisprudenza del Collegio supremo.

IV. - Dispensa dal servizio per inidoneità fisica.

L'impiegato può essere dispensato dal servizio per inidoneità fisica, previo s'intende accertamento rigoroso. Generalmente, si provvede mediante visita medica collegiale. Ma occorre che l'interessato sia preavvertito dello scopo della visita, perchè egli possa essere in grado di concorrere, nel suo interesse, agli elementi che devono essere valutati per un giudizio tecnico avente una finalità specifica. Questo criterio già accolto dalla giurisprudenza, è stato confermato dalla V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 26 luglio 1929, n. 450.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Vaccinazione antidifterica.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica, Div. VI, Sez. I) ha diramato ai Prefetti del Regno, all'Alto Commissario di Napoli ed al Governatore di Roma una circolare a firma dell'on. Mussolini, in data 21 dicembre 1929-VIII, n. 2030/2 D, la quale costituisce una messa a foco precisa, accurata e lampante sulla vaccinoprofilassi della difterite. Stimiamo utile di riportarla quasi integralmente:

Le manifestazioni di difterite, divenute più frequenti in questi ultimi anni, in Italia come in altri Paesi, congiunte spesso con una maggiore gravità delle forme morbose, hanno richiamata l'attenzione degli studiosi sul valore pratico dei mezzi ed interventi adottati per prevenire e per combattere la diffusione epidemica della malattia, alla quale migliaia di giovani vite danno annualmente un doloroso contributo.

Si è dovuto, invero, riconoscere che, malgrado l'opera più attiva e le più intense risorse della profilassi generale e di quella specifica (isolamento, disinfezioni, iniezioni preventive di siero, ricerca dei portatori ed accertamento degli individui recettivi all'infezione), la malattia persiste tuttora, serpeggiando spesso con manifestazioni sporadiche, le quali determinano, di tanto in tanto, lo sviluppo di focolai epidemici, talora anche importanti.

E ciò perchè nella diffusione del contagio hanno grande importanza sia le forme lievi di difterite, sia il gran numero di individui sani portatori di bacilli, che sfuggono alla conoscenza delle Autorità sanitarie e, quindi, alle misure di profilassi.

Questa difficoltà di potere attuare una rigorosa e rassicurante profilassi in tutti i casi di difterite, anche i più lievi, e contro i portatori di bacilli, ha fatto rivolgere le indagini e gli sforzi degli studiosi alla ricerca di mezzi atti ad aumentare la resistenza organica verso la malattia o, meglio, a conferire una immunità attiva e duratura contro di essa.

Si sono andati, quindi, moltiplicando gli studi sull'argomento, ed in questi ultimi anni i responsi del laboratorio e della esperimentazione, fatta con tutto il rigore e controllo scientifico, sono stati concordi nell'indicare la *vaccinazione antidifterica* come il mezzo più efficace per prevenire la malattia.

Queste vaccinazioni antidifteriche, proposte dal Behring ed attuate con l'iniezione di miscela di tossina-antitossina, hanno di già avuto la sanzione di accurate applicazioni su larga scala nell'uomo, tutte confermanti l'alto valore profilattico.

La scoperta dell'*anatossina difterica*, fatta di recente dal Ramon, è venuta ad arricchire la profilassi della difterite di un nuovo mezzo di lotta, di più agevole impiego, innocuo e di sicuro potere immunizzante.

Presentemente la *vaccinazione antidifterica con anatossina*, si va sempre più imponendo, vincendo le esitazioni che ancora si opponevano alla larga adozione di questo trattamento immunizzante.

Si hanno, perciò, dati sicuri per passare alla pratica applicazione di così importante presidio profilattico per una lotta più efficace contro la difterite, e su ciò si richiama la particolare attenzione delle EE. LL. acchè esaminino e curino il modo migliore di diffondere la pratica vaccinale, avendo per norma e per guida le istruzioni e le direttive determinate dalla Commissione nominata da questo Ministero per lo studio dell'importante argomento, che si ritiene utile riassumere brevemente.

* * *

NOZIONI SULL'ANATOSSINA DIFTERICA. — L'anatossina si ottiene trattando la tossina difterica con formalina, e tenendo questa miscela in stufa a 38° gradi per qualche settimana.

Con tale trattamento la tossina perde completamente il potere tossico, mentre conserva le sue proprietà antigene.

L'inoculazione di essa è innocua, e conferisce nei soggetti trattati una immunità attiva, la quale è stabile e dura molto a lungo.

Per queste proprietà, congiunte alla facilità di poter in breve tempo provvedere alla preparazione di grandi scorte di essa, l'anatossina viene a costituire un prodotto di elezione per le vaccinazioni antidifteriche.

L'anatossina è preparata dagli Istituti vaccinogeni e sieroterapici appositamente autorizzati alla preparazione, sotto il controllo dello Stato, e viene posta in commercio in fiale dosate. Il potere antigeno, e quindi l'efficacia di essa, viene controllato con la prova biologica delle cavie, e con la prova in vitro della flocculazione.

MODI DI IMPIEGO. — La via d'elezione per il trattamento vaccinale è la *sottocutanea*, perchè questa dà il maggiore affidamento di efficacia; possono eventualmente essere usate la via *faringea* e quella *nasale;* in questi due ultimi casi l'anatossina deve essere applicata mediante polverizzazione, mentre la semplice instillazione non ne garantirebbe il risultato.

Le sedi elettive per le *iniezioni* sono le regioni glutee e il dorso. Di regola si devono praticare *tre iniezioni* rispettivamente di cc. ½, 1, e 1 ½ di anatossina, distanziando la prima iniezione dalla seconda di tre settimane, e la seconda dalla terza di due settimane.

Per le *polverizzazioni faringee o nasali* si adopera 1 cc. di anatossina per volta ed esse devono essere fatte preferibilmente in *tre cicli* di tre giorni consecutivi per ciascuno, distanziati tra di loro di almeno 10 giorni.

REAZIONI VACCINALI E CONTROINDICAZIONI DELLA VACCINAZIONE. — Nel *trattamento sottocutaneo* di solito non si hanno notevoli reazioni; talora si hanno reazioni generali e locali di lieve entità; più spesso edema e rossore al punto di innesto di breve durata; talvolta reazione febbrile che raramente può raggiungere i 38° c. Queste reazioni sono più frequenti negli adulti, mentre sono rare ovvero molto lievi nei bambini.

Rappresentano controindicazioni al trattamento con anatossina per via sottocutanea le malattie intercorrenti, le malattie cutanee, l'albuminuria, l'insufficienza epatica, gli stati di deperimento organico.

Le *polverizzazioni per via faringea e nasale* non danno luogo a reazioni di sorta; i risultati sono, però, inferiori alla anatossivaccinazione per via ipodermica.

In ogni caso, esse sono controindicate in caso di malattie faringo-nasali e polmonari.

IMMUNITÀ DETERMINATA DALL'ANATOSSINA. — Fin dalle prime applicazioni nei soggetti trattati si ha comparsa dell'immunità, la quale, è evidente otto giorni dopo la prima iniezione (reazione di Schick negativa), e si rende completa una settimana circa dopo l'ultima applicazione.

Di guisa che per ottenere lo stato refrattario dell'individuo trattato occorrono, tutt'al più, sei settimane nel trattamento ipodermico, ed un mese in quello per polverizzazioni.

L'immunità attiva, così conseguita, è stabile e dura lungamente.

ETÀ E TEMPO PREFERIBILI PER LA VACCINAZIONE ANTIDIFTERICA. — ETÀ. — Essa può praticarsi in tutte le *età*, ma è sopratutto l'età infantile la più indicata.

Nel primo anno di vita, avendosi generalmente una maggiore resistenza all'infezione, non rendesi necessaria praticare la vaccinazione antidifterica.

Da uno a due anni si ha la massima recettività alla malattia, ed è questa l'età più favorevole per la vaccinazione antidifterica, anche perchè viene bene sopportata.

L'età prescolastica (2-5) e quella solastica (6-14) sono anche indicate, sia per il grandissimo numero dei recettivi, sia per la maggiore facilità di contagiarsi di difterite.

La vaccinazione antidifterica va, quindi, eseguita con particolare riguardo nelle scuole, nei collegi, negli asili ed istituti per bambini, nei brefotrofi, ed in genere in tutte le collettività infantili, avendo cura di applicare lo stesso sistema di trattamento per lo stesso gruppo di individui in modo da avere risultati ben comparabili.

TEMPO. — Quanto al *tempo*, tutte le stagioni e tutti i mesi sono propizi alla vaccinazione. È però preferibile praticarla alla fine di estate, sia perchè le recrudescenze epidemiche della difterite si manifestano col principio dell'inverno, sia perchè la riapertura delle scuole può favorire la diffusione del contagio.

Poichè la vaccinazione rappresenta essenzialmente misura preventiva, non si deve attendere la manifestazione di casi di difterite per attuarla.

Durante un'*epidemia in atto*, la vaccinazione non sempre può riuscire a soffocare la diffusione della malattia, data la lentezza della immunizzazione.

In queste circostanze deve preferirsi la sieroprofilassi, la quale dà una protezione immediata contro la difterite, sebbene di breve durata, circa tre settimane, e rappresenta, perciò, una risorsa pronta e considerevole per la difesa delle persone maggiormente esposte al contagio.

Fronteggiati così i pericoli più urgenti, può ed anzi deve attuarsi la vaccinazione con anatossina. I due trattamenti — siero-profilassi e anatossivaccinazione — possono applicarsi anche contemporaneamente senza dar luogo ad inconvenienti di sorta. Si suole, a tale scopo, iniettare ai bambini minacciati di contagio difterico miscuglio di siero antidifterico (500-1000 U. I.) e di anatossina (1/2 - 1 cmc.).

ESTENSIONE DA DARE AL TRATTAMENTO VACCINALE E CONTROLLO DELL'ESITO DI ESSO. — Presentemente la scienza possiede nella *reazione di Schick* il mezzo per discernere gli individui recettivi da quelli refrattari alla difterite.

Così, a stretto rigore, dovrebbero sottoporsi alla vaccinazione soltanto quelli che rispondono positivamente alla prova di Schick.

Però, in pratica, ciò non sempre è possibile, nè riesce agevole, specialmente quando si tratta di praticare vaccinazioni in massa.

In tal caso, data l'innocuità del trattamento, è consigliabile sottoporre tutti i bambini alla vaccinazione.

Nelle collettività, specialmente dove è possibile e dove si può fare rassicurante sorveglianza, è opportuno praticare la prova di Schick prima e dopo la vaccinazione per rendersi esatto conto della recettività o meno alla difterite dei singoli soggetti, e per accertare la comparsa ed eventualmente la durata della immunizzazione.

Avendone la possibilità, per il controllo dell'esito si può anche praticare la ricerca ed il dosaggio dell'antitossina nel siero dei vaccinati.

* * *

Tutto quanto si è esposto nei riguardi della vaccinazione antidifterica mediante l'anatossina sta a provare l'innocuità e l'utilità del trattamento.

La difterite, sebbene dia ora minore mortalità che nel passato, a seguito dell'impiego del siero antidifterico, è pur sempre una malattia grave che ingenera terrore nelle famiglie, e che in Italia dà annualmente circa 3000 morti di bambini.

La vaccinazione antidifterica viene a togliere questo incubo, dando alle madri la sicurezza che i loro piccoli non possono cadere vittima della malattia, ed alle Autorità sanitarie la fiducia di potere prevenire con successo la diffusione di epidemie con la speranza di ottenere, a breve scadenza, la riduzione e la scomparsa della difterite.

Essa, perciò, non può che essere accolta con il massimo favore dal pubblico e dalle famiglie, e ad infondere questa fiducia occorre la intima collaborazione dei *medici tutti* con le Autorità sanitarie, nonchè una larga efficace *azione di propaganda popolare* insieme ad una sufficiente *organizzazione di servizi.*

ISTRUZIONI TECNICHE PER I MEDICI. — Trattandosi di un metodo di immunizzazione, entrato da poco nella pratica e del quale possono, non sempre e da tutti, essere ben note le modalità dell'applicazione, questo Ministero ha in corso di preparazione apposite istruzioni tecniche pei medici, acciò questi siano maggiormente edotti dei problemi etiologici, clinici e profilattici della difterite.

Le EE. LL. dovranno in ogni modo curare che da parte dei sanitari venga dato il maggior concorso per preparare l'opinione pubblica e quella delle famiglie ad accogliere con fiducia la vaccinazione antidifterica.

All'uopo rendesi necessario addivenire a preventivi accordi con l'Ordine e con il Sindacato dei medici-chirurghi, al fine di attuare, nel modo migliore, efficace ed intensa opera di divulgazione del nuovo metodo di prevenzione della difterite presso le famiglie ed il pubblico, svolgendo cicli di conferenze e curando la pubblicazione di articoli sull'argomento.

PROPAGANDA POPOLARE. — Tutti i mezzi dovranno essere adottati per convincere il pubblico e le famiglie del grande beneficio sanitario connesso con una larga applicazione del trattamento vaccinale antidifterico mediante l'anatossina, con cui si mira non solo a risparmiare da morte tante giovani esistenze, ma anche ad evitare le gravi conseguenze che spesso lascia la difterite, quando non riesce mortale.

In questo campo le EE. LL. troveranno valido concorso nella Federazione Provinciale dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia, nell'Opera Nazionale Balilla, nell'Opera Nazionale del Dopolavoro, nella Croce Rossa Italiana, nonchè nelle altre Istituzioni che dedicano la propria attività alla propaganda igienico-sanitaria.

Grande importanza assume la *propaganda esercitata nelle scuole*. I direttori scolastici, i maestri, i medici scolastici che sono a contatto con le famiglie possono spiegare utile opera di divulgazione e di persuasione presso di esse, ed il loro prezioso concorso deve essere dalle EE. LL. ottenuto mediante opportune intese con le Autorità scolastiche.

In questo campo ogni concorso morale ed ogni buona volontà di Enti pubblici e di privati riesce grandemente utile, ed è soltanto dallo sforzo concorde di tutti che si potranno ottenere reali vantaggi nella lotta contro la difterite.

ESECUZIONE DELLE VACCINAZIONI. — Mancando fino ad ora disposizioni legislative che rendano obbligatoria la vaccinazione antidifterica, questa non può che essere volontaria, pur avendo cura di estenderla al maggior numero possibile dei gruppi di popolazione infantile maggiormente esposti.

In primo tempo per preparare l'opinione pubblica è bene limitare il provvedimento al Comune capoluogo ed ai grossi centri, nei quali la organizzazione dei servizi sanitari dia maggiore affidamento di esatta esecuzione e di rigoroso controllo.

Le vaccinazioni antidifteriche dovranno anzitutto eseguirsi nelle collettività giovanili, negli ospizi, nei ricoveri e negli ospedali infantili, nei brefotrofi, nelle scuole, e tra il personale sanitario e di assistenza addetto alla cura dei difterici.

Nelle collettività esse verranno preferibilmente affidate ai sanitari degli Istituti, ai medici scolastici ovvero ad altri sanitari appositamente delegati, sotto la direzione dell'Ufficio d'Igiene, e possibilmente con il concorso di uno specialista in Pediatria.

Nelle sedi di Università il servizio può anche essere effettuato d'intesa col Clinico pediatra ed utilizzando il personale della clinica.

Dove esistano ambulatori per la maternità e l'infanzia si dovranno prendere accordi coi dirigenti degli stessi per l'applicazione del trattamento nei bambini che li frequentano.

È opportuno, anche, prendere accordi con i dirigenti le colonie marine e montane permanenti o temporanee, nel senso di stabilire che per l'ammissione in esse costituirà titolo di preferenza l'aver subita la vaccinazione antidifterica, come pure per determinare le modalità per una eventuale applicazione di questa nelle colonie stesse.

Per agevolare e diffondere il trattamento nella popolazione infantile le EE. LL. dovranno, inoltre, curare che, presso l'Ufficio di Igiene Comunale, presso le Cliniche universitarie, presso gli Ospedali infantili, ovvero presso altre Istituzioni sanitarie esistenti siano istituiti *posti permanenti per la vaccinazione antidifterica*, sul tipo di quelli esistenti per la vaccinazione antivaiolosa, richiamando su di essi l'attenzione dei medici e della popolazione.

Le vaccinazioni potranno essere eseguite anche da medici privati, a cura della famiglia del bambino, ma di ciascun trattamento deve essere data dal medico che lo pratica, notizia per iscritto all'Ufficio di igiene, con la indicazione del nome cognome paternità età del bambino, del metodo impiegato, e del numero delle applicazioni eseguite.

Le EE. LL., vagliate le condizioni dei singoli Comuni della Provincia, dovranno al più presto determinare se e dove convenga sia praticata la vaccinazione antidifterica, concretando con le rispettive Autorità la organizzazione dei servizi relativi.

In caso di necessità sia per la manifestazione di epidemia di difterite, sia anche come misura preventiva nelle località notorie per l'endemicità della difterite, le EE. LL. ed i Podestà potranno, con apposita ordinanza, ai sensi dell'art. 125 del Testo Unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907 n. 636, e 3 e 153 della legge comunale e provinciale, rendere obbligatoria detta vaccinazione nelle scuole primarie, e nei bambini da 1 a 5 anni.

REGISTRAZIONE E CONTROLLO DELLE VACCINAZIONI. — Ogni trattamento di vaccinazione antidifterica deve essere denunziato all'Ufficio di Igiene con apposito modulo contenente le indicazioni sulle *generalità ed età* del vaccinato; sulle *modalità del trattamento* (dosi, via di applicazione e numero delle applicazioni), sugli eventuali *controlli* praticati (prova di Schick), sulle *circostanze epidemiologiche* nelle quali fu applicato (condizioni normali, manifestazioni di casi nella famiglia, nella scuole; periodo epidemico), e sull'eventuale *applicazione della siero-profilassi*.

A cura dell'Ufficio di Igiene sarà tenuta esatta registrazione di tutti i vaccinati, con le indicazioni sopraesposte, e sarà gratuitamente rilasciato su richiesta il *certificato di eseguita vaccinazione antidifterica*.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI DELLA VACCINAZIONE. — Assume particolare importanza la esatta valutazione dei risultati che verranno a conseguirsi con l'adozione di questa nuova misura profilattica, per ora da limitarsi, come si è detto, a località e gruppi di popolazione ben controllabili.

Da un sereno esame di essi la Sanità Pubblica attende di ricavare utili norme per una possibile adozione di provvedimenti riflettenti l'obbligatorietà della vaccinazione antidifterica.

E, perciò, occorre la massima cura e diligenza da parte dei medici e degli uffici comunali di Igiene.

Per *ciascun caso di difterite*, che si manifestasse in seguito, si *dovrà indagare* se il colpito ha subìta la vaccinazione od anche la siero profilassi; accertare il tempo intercorso fra la vaccinazione e la malattia, e ciò distintamente per i casi semplicemente vaccinati e per quelli anche siero-profilassati. Brevi notizie dovranno pure essere raccolte sull'applicazione delle altre misure di profilassi (isolamento, disinfezione) e ciò per un esatto apprezzamento della efficacia del metodo immunizzante.

Di tutte le vaccinazioni eseguite e dei risultati ottenuti sarà fatto un *resoconto annuale* da trasmettersi a questo Ministero.

SPESE PER IL SERVIZIO DELLE VACCINAZIONI ANTIDIFTERICHE. — Trattandosi di un servizio essenzialmente profilattico, le spese sono a carico del Comune con il concorso della Provincia da determinarsi dalle EE. LL. a norma dell'art. 8 del R. D. legislativo 30 dicembre n. 2889.

Nei posti di pubblica vaccinazione, e sempre quando questa non sia stata resa obbligatoria, e sempre che non si tratti di collettività o di applicazione in bambini frequentanti scuole pubbliche primarie, si potrà richiedere alle famiglie il rimborso del puro costo dell'anatossina, restando in ogni modo gratuito il trattamento.

Questo Ministero, nei limiti delle disponibilità dei fondi per la profilassi delle malattie infettive, cercherà di aiutare, nel miglior modo, il funzionamento dei servizi in parola, assicurando, almeno in primo tempo, il proprio concorso sotto forma di concessione di sussidi, o di assegnazione di scorte di anatossina.

Cronaca del movimento professionale.

Un giustificato allarme?

Riceviamo:

In questi giorni si è discusso sul trattamento di quiescenza dei sanitari, e ciò nel Congresso dei medici condotti.

È strano che non solo le classi più interessate dei medici ospedalieri e ufficiali sanitari, ma neppure la massima parte degli stessi medici condotti sappiano la essenza fondamentale del problema che deve gravemente decidere della loro sorte. Solo fuggevolmente si è appreso (da qualche giornale della classe) che i medici condotti con questa riforma intendono migliorare la loro posizione di quiescenza ritirandosi ancor giovani e con una pensione migliore dell'attuale; e ciò sopprimendo i massimi attuali, i quali poi andrebbero ad elevare le attuali pensioni scadenti di tutti gli altri destinati a ritirarsi innanzi tempo (60-65 anni).

Apparentemente tutto è logico, ma, ponderando la cosa con serietà, si smaschera subito che, se la cosa va precisamente in questi termini, costituisce un madornale errore. Difatti (senza neppure soffermarsi al fatto che non è neppure concepibile come una classe si possa spogliare da sè stessa di un grande privilegio per un beneficio ipotetico) qui ognuno vede al primo attimo che il beneficio per i sanitari da pensionare anticipatamente è solo momentaneo, rimanendo con tale anticipato ritiro sempre una pensione di fame (circa lire 5 mila annue), e che il ridicolo, minimo, momentaneo miglioramento che ne deriverebbe costituirebbe la peggiore cosa che noi faremmo ad un'altra classe.

Se si intende risolvere il grave problema, esso è risolvibile solo coll'aumentare i contributi (come in qualsiasi altra assicurazione).

Se un tale tentativo è in qualche modo spiegabile da parte dei medici delle durissime condotte di campagna, i quali guardano quasi con orrore la possibilità, la disgrazia di perdurare in tale miserrima vita oltre i 60 anni, non si comprende poi ciò da parte dei dirigenti. In ogni modo sarebbe poi colpa se una tale riforma non lasciasse illesi o nello stato attuale i medici ospedalieri e gli ufficiali sanitari, che in generale entrano in carriera assai tardivamente, e con una siffatta riforma a 60 o 65 anni rimarrebbero con pensione di fame. Almeno, se alla classe dei medici condotti non riescisse di lasciar liberi gli ospitalieri e gli ufficiali sanitari, si abbia l'applicazione di tale riforma dopo altri 3 (o siano anche 2) anni per dare a questi ultimi per lo meno la possibilità di procacciarsi i mezzi per attuare il riscatto di alcuni anni di servizio provvisorio.

M. RIZZI.

Abbiamo pubblicato questa nota del dott. Rizzi, pur ritoccandone la forma, perchè l'argomento ci sembra degno di considerazione. Attinte le notizie dalla fonte opportuna, ci siamo persuasi, e a nostra volta cercheremo di persuadere il dott. Rizzi e coloro che la pensano come lui, che essi sono in errore.

Difatti, dalla lettera del dott. Rizzi sembra che si pensi a far sì che un aumento delle pensioni medie avvenga, ma a danno delle pensioni massime. Sta di fatto che fino ad oggi nulla autorizza a credere ad una revisione delle tabelle di pensione nel senso suindicato: prima bisognerà che sia compilato il bilancio tecnico della Cassa di Previdenza. Compilato questo bilancio, se ne risulteranno dei margini possibili, questi margini andranno a favore di tutti gli iscritti. Ed iscritti sono non soltanto i medici condotti ma benanche i medici ospitalieri e gli ufficiali sanitari.

Vede dunque il dott. Rizzi come il suo allarme sia ingiustificato e si persuada che se la Cassa di Previdenza per i Sanitari avrà mezzi disponibili, questi denari andranno a beneficio di tutti i Sanitari senza danneggiare o toglier nulla ad alcuno.

Cade quindi tutto il suo ragionamento ed anche le proposta finale cui egli accenna.

Si tranquillizzi e tranquillizzi i suoi colleghi!

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Esami di Stato per l'abilitazione della professione di medico-chirurgo.

In relazione ai quesiti proposti da talune Autorità accademiche, circa le modalità degli esami di Stato per medico-chirurgo, il Ministero dell'Educazione Nazionale ha stabilito che nessun dubbio deve sussistere circa la applicabilità delle norme, oltre che alle prove scritte e grafiche, anche a quelle orali e pratiche: e, pertanto, il candidato il quale non abbia raggiunto l'idoneità in una delle tre prove orali (prova di medicina e specialità affini, prova di chirurgia e specialità affini, prova di ostetricia) non dovrebbe essere ammesso alle successive.

Poichè, peraltro, le Commissioni per gli esami di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo si suddividono in tre sottocommissioni (una per ciascuna prova), e poichè il candidato il quale, a giudizio della competente sottocommissione, non risulti idoneo in una prova, può di fatto sostenere anche le prove successive, rimane tuttavia fermo il principio che la Commissione plenaria, nel dare il suo giudizio, tenga bene presente che, qualunque sia stato il risultato delle prove stesse, la riprovazione riportata in una di esse deve escludere qualsiasi compenso con le altre prove e il candidato non può ottenere l'abilitazione, se in una sia risultato insufficiente.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Alessandria (*Egitto*). *Consiglio Sanitario, Marittimo e Quarantenario d'Egitto.* — Vice direttore medico del Servizio quarantenario; v. N. 1.

Genova. *Comune.* — Tre medici igienisti di seconda classe. Scad. 31 gen.; v. N. 1.

Iesi (*Ancona*). *Congregazione di Carità.* — Chirurgo primario presso il dipendente Ospedale diocesano (dodici Comuni). Stipendio iniziale, pel servizio ricoverati a cura gratuita, L. 8000 con aumenti periodici fino a raggiungere il 50 % stipendio base; indennità caro-viveri, partecipazione proventi atti operatori, Ambulatori e Gabinetti come da apposita tariffa.

Per consulenza e casi urgenti di chirurgia fuori Nosocomio riguardante poveri di Iesi indennità annua di L. 2500. Scadenza ore 17 del 10 febbraio.

Per certificati di rito, titoli, documenti speciali, richiedere avviso concorso con eventuali schiarimenti, alla Segreteria della Congregazione di Carità di Iesi.

Imperia. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sezione batteriologica del Laboratorio d'igiene e prof.; titoli ed esami; compensi 7° grado con promoz. al 6° grado; età lim. 45 a.; serv. entro 15 gg. Scad. 20 gen. È anche aperto il concorso per assistente Sez. Chimica.

Lubas (*Sassari*). — Scad. 25 gen.; L. 9500 e 4 quadrienni dec.; età lim. 25-35 a.; serv. entro 15 gg.

Manciano (*Grosseto*). — A tutto il 15 febbraio a Medico-chirurgo frazione Saturnia. Stipendio L. 10.000, L. 700 caro viveri se ammogliato. Lire 2500 ind. cavalcatura. Chiedere Segreteria avviso concorso.

Milano. *Istituti Ospitalieri.* — Chirurgo dirigente la Sezione Meccanoterapica Francesco Ponti; scad. ore 16 del 31 gen.; v. N. 1.

Napoli. *Alto Commissariato.* — Ufficiali sanitari per 6 Comuni e 2 Consorzi. Scad. ore 12 del 20 gen.

Ragusa. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami: *a*) Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Prov. di Igiene e Profilassi; *b*) Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio stesso. Ad ognuno di detti due posti è assegnato: Stipendio L. 16.000 con due scatti quadrienn. di L. 800 il primo e di L. 1000 il secondo. Indenn. servizio attivo L. 4.200. Indennità caro viveri. Età 21 a 45, salvo eccez. legge. Documenti di rito. Tassa concorso L. 50,10. Per ulteriori chiarimenti sui titoli ecc., rivolgersi alla Segreteria Provinciale. Scadenza 1° febbr.

Poggio Mirteto (*Rieti*). — 2ª condotta; v. N. 1.

Prevalle (*Brescia*). — Scad. 31 gen.; L. 9000; c.-v.; per trasp. L. 800; quale uff. san. L. 500; quadrienni decimo.

Resuttano (*Caltanissetta*). — Uff. san.; titoli ed esami; L. 5000 e 5 quinquenni dec.; età lim. 45 a.; scad. 15 febb. Rivolgersi alla R. Prefettura di Caltanissetta.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni - Ferrovie dello Stato.* — Concorso a medici di riparto. Scadenza ore 17 del 25 gennaio 1930; v. N. 1.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni - Ferrovie dello Stato.* — Concorso ad allievo ispettore. Scadenza 20 gennaio; v. N. 1.

S. Cataldo (*Caltanissetta*). — Ufficiale sanitario; L. 8000 e 5 quinquenni di L. 700 ciascuno; titoli ed esami; tassa L. 50 alla Tesoreria comunale; chiarimenti dalla Segreteria del Comune; domande alla R. Prefettura di Caltanissetta. Scadenza 15 febbraio.

Saronno (*Varese*). — Uff. san.; titoli ed esami; L. 16.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 4000 serv. att.; divieto libero eserc. Rivolgersi R. Prefettura di Varese. Scad. 31 gen.

Torre dei Busi (*Bergamo*). — Scad. 5 feb.; lire 10.000 e addizion. L. 2 per ogni iscritto, c.-v., L. 500 quale uff. san., L. 500 trasp., 5 quinquenni dec.

Vimercate (*Milano*). *Ospedale Civile.* — Assistente; L. 6000 e alloggio d'obbligo; compartecipazione proventi. Scad. ore 16 del 20 gen. Tassa L. 50 al Cassiere. Età massima 32 a.; docum. a 90 giorni dalla presentaz. Nomina quadriennale.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Benigno L. Velázquez è nominato professore di terapia all'Università di Saragozza.

Il dott. José Puche è nominato professore di fisiologia all'Università di Salamanca.

Il prof. Angel Ferrer y Cagigal è nominato decano della Facoltà Medica di Barcellona.

NOTIZIE DIVERSE.

Si è compiuto in questi giorni il rito nuziale tra il Principe Umberto di Piemonte e la Principessa Maria José del Belgio.

L'unione delle due esistenze, nel fulgore della vita e della bellezza, non è soltanto unione di due cuori; rappresenta l'unione di due stirpi che una comune tradizione d'ideali sociali e d'arte ha sempre avvicinato e che la recente guerra combattuta insieme fortemente — dai loro Re fino agli ultimi soldati — ha accostato ancor più.

Noi — come tutto il popolo italiano — ci allietiamo di questo matrimonio fra Umberto di Piemonte e Maria di Brabante, che rinsalda i legami tra le due Nazioni.

Gioia di Casa Savoia è gioia d'Italia.

13° Congresso internazionale d'idrologia, climatologia e geologia mediche.

È indetto, su invito del Governo Portoghese, a Lisbona, per il 15 ottobre e ss. Il Comitato organizzatore portoghese è presieduto dal prof. Egas Moniz; segretario generale ne è il prof. Raposo de Megalhaes. L'Ufficio permanente del Congresso, che ha lo scopo di stabilire il legame tra i congressi successivi, ha sede a Parigi ed è presieduto dal dott. Bay-Durand Fardel; segretario generale ne è il dott. Flurin.

Il Governo portoghese ha pure invitato, per la stessa data, l'« International Society of Medical Hydrology », che quest'anno è presieduta dal barone prof. Korányi di Budapest, mentre il dott. Forsescue Fox ne è alla presidenza permanente.

Per informazioni rivolgersi al prof. Raposo de Magalhaes, rua de Buenos Aires 3, Lisbona; oppure al dott. Flurin, avenue Mac-Mahon 19, Paris.

2° Convegno italiano d'idrologia medica.

La Presidenza dell'Associazione di idrologia e climatologia sta organizzando questo Convegno medico per i giorni 29 e 30 giugno, a San Pellegrino.

Si è pensato di formare oggetto di esso « la pelle nelle più recenti conquiste della medicina ». Su questo tema vi saranno cinque relazioni e si ammetteranno comunicazioni e discussioni attinenti alla materia delle cinque relazioni.

Il programma reca: prof. Carlo Foà (Milano), « La cute nelle recenti conquiste della fisiologia »; prof. Adriano Valenti (Milano), « La cute nelle prove farmaco-dinamiche e nelle reazioni idrologiche »; prof. Maurizio Ascoli (Palermo), « La cute nelle malattie interne »; prof. Mario Truffi (Padova), « Le moderne vedute sulla patogenesi e la terapia dell'eczema; prof. Luigi Devoto (Milano), « Reazioni cutanee nelle affezioni autonome degli organi digestivi ».

Le relazioni stampate saranno distribuite per il 15 giugno a coloro che si saranno iscritti al Convegno fino al 1° giugno. Coloro che vorranno partecipare alle discussioni o presentare comunicazioni riguardanti le relazioni poste all'ordine del giorno, dovranno iscriversi prima del 24 giugno ed inviare un sunto al segretario prof. Bezzola, via Signora 6, Milano. I partecipanti alle discussioni dovranno dare, prima di lasciare S. Pellegrino, il testo delle loro comunicazioni. Altrimenti il segretario del Convegno si varrà dei dati stenografici. Tutti i partecipanti riceveranno il volume degli Atti.

La Società delle Terme di S. Pellegrino offre l'ospitalità per i due giorni del convegno a 150 medici. Chi desidera prenotarsi, deve farlo al più presto, rivolgendosi al prof. Bezzola, presso la Società delle Terme di S. Pellegrino, Via Castelvetro 18.

Commissione argentina della Società Italiana di Medicina Interna.

Si è proceduto al rinnovo delle cariche. Sono risultati: presidente il dott. A. A. Raimondi; vice-presidente il dott. A. M. Centeno; segretario il dott. V. Fossati; tesoriere il dott. F. L. Grapiolo; membri i dottori C. Bonorino Udaondo, F. Canevari, M. R. Castex, P. Escudero, N. Romano e J. J. Sangenberg. Il resoconto pel 1928 dà 128 iscritti. Gli aderenti che non avessero ancora ricevuto il volume degli Atti possono ritirarlo nei locali della « Asociación Médica Argentina », Santa Fe 1171, Buenos Aires.

Commissione medica internazionale per la navigazione aerea.

Si è riunita a Parigi la commissione medica internazionale per la navigazione aerea. Sono state trattate importanti questioni riguardanti il traffico aereo e l'aviazione civile.

A presidente della commissione è stato rieletto all'unanimità il gr. uff. Di Nola, delegato italiano.

Sopratutto la conferenza si è occupata dell'equivalenza fra i brevetti militari e quelli di turismo aereo, ha preso in esame talune speciali malattie che esimono dal pilotaggio ed ha stabilito visite mediche per le donne dedite al trasporto aereo per i pubblici servizi.

Una Missione medica in Eritrea.

Per iniziativa della « Società italiana di medicina e igiene coloniale » e sotto gli auspici del Ministero delle Colonie, si recherà prossimamente in Eritrea una missione scientifica allo scopo di studiare e individualizzare la patologia coloniale umana e veterinaria dell'Eritrea occidentale, là dove per gli sbarramenti del Gasc si è resa coltivabile una grande estensione della pianta di Tessenei.

La missione è presieduta dal sen. prof. Gabbi, promotore, e dai proff. Piras, ordinario d'igiene, Zavattari, ordinario di zoologia e anatomia comparata, col medico prof. Peruzzi (Regia Marina) e magg. medico veterinario prof. Di Domizio (R. Esercito).

La missione, che è la prima di una serie di spedizioni progettate secondo lo spirito fascista di affermazione coloniale, resterà in Eritrea circa tre mesi; ed esporrà in ampia relazione i risultati dei propri studi.

Servizio di orientamento professionale del Governatorato di Roma.

Il 27 dicembre fu inaugurato a Roma dal R. Provveditore agli studi prof. Padellaro, in rappresentanza del Governatore, il Corso di Orientamento Professionale per Ispettori, Direttori e Maestri elementari organizzato dalla dott.ssa Ma-

ria Diez Gasca, Direttrice del Servizio di Orientamento Professionale del Governatorato col concorso dei Ministeri dell'Educazione Nazionale e delle Corporazioni. Il prof. Sante De Sanctis pronunciò il discorso di apertura parlando sul tema: « Problema della Vocazione ».

Le materie di insegnamento sono le seguenti: 1. Morfologia e fisiologia dell'età evolutiva (prof. A. Ilvento); 2. Psicologia dell'età evolutiva (prof. Ferruccio Banissoni); 3. Organi per l'orientamento professionale (prof. Leone Cimatti); 4. Il criterio clinico nell'orientamento e nella selezione professionale (prof. Salvatore Diez); 5. Organizzazione scientifica del lavoro (ing. Palma dell'E. N. I. O. S.); 6. Metodologia dell'orientamento professionale nelle scuole (dott.ssa Maria Diez Gasca); 7. Metodologia psicotecnica (prof. Mario Ponzo); 8. Ordinamento corporativo (dottori Sancetta, Fiorentino, Padellaro A. del Ministero delle Corporazioni). Terranno lezioni, espressamente invitati, anche due illustrazioni straniere della scienza psicotecnica e cioè i professori Bovet della Università di Losanna, e Christiaens direttore degli Uffici per l'orientamento professionale di Bruxelles. Il R. Provveditore agli studi del Governatorato di Roma prof. Nazareno Padellaro terrà una conferenza su « Vocazione e filosofia » e il prof. Carlo Foà dell'Università di Milano su « Fisiologia e Orientamento Professionale ».

Gli inscritti al Corso sono 150. Vengono assegnati premi di diligenza e profitto su fondi concessi dal Governatore di Roma, dai Ministeri dell'Educazione Nazionale e delle Corporazioni e dall'ENIOS.

Consorzio antitubercolare della provincia di Milano.

Sotto la presidenza del gr. uff. Sileno Fabbri, si è radunata in seduta ordinaria la rappresentanza del Consorzio antitubercolare provinciale di Milano. Presente la quasi totalità dei membri, è stato approvato il preventivo della spesa per il 1930 che porta un totale di L. 3.557.406,09; ratificata la nomina di nuovi membri nelle persone del comm. Celli per l'O. N. invalidi di guerra e della signorina Elisa Savoia per i Fasci femminili; approvato l'aggiornamento del regolamento organico secondo la vigente legge antitubercolare e l'organico provinciale.

Inoltre si è preso atto dell'esito della Festa del Fiore che ha dato un introito di L. 240.220,60 che saranno devolute alle opere assistenziali del Consorzio il quale anche quest'anno ha contribuito ed aumentato la sua attività tanto che non un posto dei numerosi letti sanatoriali ed ospitalieri a sua disposizione è libero.

L'azione del Consorzio si basa soprattutto sull'opera che svolgono i dispensari distribuiti in provincia ai quali fanno capo ben 250 Comuni. L'assemblea ha ratificato una delibera di particolare importanza agli effetti della collaborazione tra gli enti che combattono la lotta contro la tubercolosi, e cioè i dispensari antitubercolari, oltre all'ordinamento per la profilassi, avranno una sezione curativa per prime cure, onde potere far fronte alle necessità della Cassa nazionale delle assicurazioni sociali.

La provincia di Lecce per un Sanatorio.

Un Comitato, costituitosi a Lecce per le onoranze a S. A. R. il Principe Ereditario in occasione delle nozze con S. A. R. la Principessa Maria, seguendo le direttive stabilite dal Principe, ha deciso di devolvere il ricavato della pubblica sottoscrizione, a beneficio del sanatorio Forlanini, da intitolarsi a Maria del Belgio. Inoltre, per iniziativa della Federazione fascista dell'amministrazione provinciale del Comune di Lecce e del Consiglio provinciale dell'Economia, sono state istituite borse di studio per il valore complessivo di L. 20 mila e sono state destinate ad opere assistenziali 15 mila lire.

Refettorio materno inaugurato a Torino.

L'Opera nazionale per la protezione della maternità e infanzia, seguendo le direttive del Capo del Governo, ha istituito a Torino il primo Refettorio, dove le puerpere tutti i giorni riceveranno un pranzo adeguato alle loro speciali condizioni.

Alla cerimonia sono intervenuti S. E. il prefetto Maggioni, il conte Radicati, in rappresentanza del segretario federale, S. E. Casoli, presidente dell'Opera con i componenti il Comitato dell'Opera stessa, la delegata dei Fasci femminili contessa Barattieri, nonchè numerose altre autorità e personalità. Ha parlato brevemente, molto applaudito, S. E. Casoli, che ha spiegato gli scopi dell'istituzione ed illustrato il programma che intende svolgere l'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia.

Il prof. Avila in Italia.

Il dott. Antonio Agudo Avila, illustre rappresentante della scienza medica argentina, docente di psichiatria all'Università di Buenos Ayres e presidente del Dipartimento Nazionale di Igiene, medico del Presidente della Repubblica Argentina dott. Yrigoyen, ha visitato varie città d'Italia: Roma, Genova, Napoli, ecc.

Dal suo Governo ha ricevuto appunto l'incarico di studiare attentamente in Italia tutta l'organizzazione delle opere assistenziali e di profilassi sociale per poterne far tesoro, in occasione della progettata riforma di quel Dipartimento di salute pubblica.

Il dott. Avila ha voluto assolvere l'importante missione con ogni diligenza, ed a tale scopo ha compiuto studi metodici sulla nostra legislazione e sulle nostre istituzioni sanitarie. Le sue impressioni per i magnifici risultati raggiunti dall'Italia nella lotta per la difesa della stirpe sono entusiastiche, ed egli — che già si è dimostrato amico sincero del nostro Paese — ha manifestato sentimenti di profonda ammirazione per l'indirizzo spirituale dato da Mussolini alla grande opera di redenzione.

Ovunque si è recato il dott. Agudo Avila è stato accolto con la deferenza e gli onori che erano dovuti ad un ospite così insigne e gradito. Il Governo italiano ha facilitato in tutti i modi il suo compito e gli ha attestato la propria cordiale simpatia, che è anche una nuova manifestazione di amicizia verso la Nazione argentina e verso il Presidente Yrigoyen.

Medico festeggiato.

Il 7 dicembre si compivano 30 anni di ininterrotto, encomiabile servizio prestato dal dottor Carlo Agostini presso la « Cassa Circondariale di Malattia » di Trento. La Presidenza e la Direzione, nonchè i medici tutti di quest'Istituto, vollero per la fausta occasione improvvisare al be-

nemerito sanitario e collega anziano una manifestazione di riconoscente deferenza offrendogli un banchetto all'Hôtel Bristol. Fra la più schietta cordialità condita di liete reminiscenze, animata dal buon umore dei commensali, si passò una bella serata che terminò coi brindisi augurali dei dirigenti la Cassa e con belle parole del festeggiato.

In memoria del prof. Ferreri.

Si è iniziata fra i colleghi e gli amici, che furono legione, del compianto prof. Gherardo Ferreri, una sottoscrizione per eseguire un busto in bronzo da collocare nell'aula della Clinica oto-rino-laringoiatrica da Lui diretta per oltre 25 anni. Tutti conoscono la passione che il prof. Ferreri portava per il suo Istituto, al quale seppe dare vivissimo impulso; aderendo a questo atto di omaggio onoreranno insieme l'uomo e lo scienziato.

Inviare le quote al prof. Mario Silvagni, Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma, Policlinico Umberto I.

In memoria di Widal.

Gli amici, i colleghi e gli allievi del prof. Fernand Widal sono venuti nell'intendimento di onorare la memoria del grande Maestro. Hanno costituito un Comitato il quale si propone: 1° di elevare un monumento; 2° di collocare un medaglione alla Facoltà di medicina e all'Ospedale Cochin di Parigi; 3° di pubblicare un'edizione delle sue opere principali. Le sottoscrizioni si ricevono sin da ora dai sigg. Masson & C.ie, tesorieri, boulevard Saint-Germain 120, Paris (VIe). Ogni sottoscrizione del minimo di 100 franchi dà diritto ad una medaglia; ogni sottoscrizione del minimo di 300 franchi dà diritto ad una medaglia e ad una copia dell'edizione. Il Comitato promotore comprende: Bezançon, Lemierre, Abrami, Brulé, Joltrain, Vallery-Radot. Sono in corso di formazione i Comitati stranieri.

Forza d'animo d'un medico mortalmente ferito.

Il dott. Joseph O' Seilly di Londra, in seguito ad un incidente stradale occorso di notte presso Rugby, fu lanciato attraverso il vetro anteriore della sua automobile, e ne riportò un orrendo taglio alla gola. Comprendendo che la ferita era mortale, egli ebbe però la forza d'animo di rimettersi al volante e di pilotare l'automobile a tutta velocità fino alla sua abitazione, distante alcune miglia; circa mezz'ora dopo egli decedeva.

Frodi a danno d'istituti assicuratori.

La Questura di Ancona è riuscita a identificare 25 operai colpevoli di autolesionismo e simulazione d'infortuni sul lavoro. Le indagini continuano, per accertare altri casi. Finora risultano danneggiati i seguenti Istituti di assicurazione: Cassa nazionale infortuni, Sindacato per mutualità, Assicurazione Infortuni, Società Anonima l'Agricola, Anonima società di assicurazioni di Milano.

Gare demografiche.

Una gara demografica indetta per il Piemonte dalla *Gazzetta del Popolo*, si è chiusa con l'assegnazione di centomila lire di premi e di una coppa in argento massiccio per la natalità, doni dello stesso giornale. Risulta vincitore della coppa e del primo premio, consistente in L. 15.000 da distribuirsi fra le famiglie numerose, il comune di Ceresole Reale, in provincia di Aosta, che ha raggiunto, nel 1928, la natività di 44.35. Sono stati premiati altri 6 comuni con L. 10.000 ciascuno. Un premio di lire 25.000 verrà assegnato alla famiglia più numerosa del Piemonte.

* * *

Una gara indetta dal giornale *L'Alpino*, per premiare le coppie montanare che hanno avuto maggior numero di figli durante i primi sette anni dell'èra fascista, si è chiusa con la partecipazione di centinaia di famiglie di tutte le nostre regioni montane. Il primo premio è stato assegnato all'alpino Angelo Losio da Santa Croce di Chiavenna, il quale in sette anni ha avuto otto figli di cui sette viventi.

Contrabbando di stupefacenti.

Il Governo svizzero, cedendo alle richieste della Società delle Nazioni, ha intensificato la vigilanza sul traffico degli stupefacenti. La Polizia locale, d'intesa con quella italiana e con quella egiziana, ha scoperto un grosso e continuato contrabbando che da Basilea, attraverso Milano e Genova, aveva specialmente di mira l'Egitto. Si sono operati parecchi fermi e arresti.

Epidemia di morbillo tra i tedeschi profughi dalla Russia.

Una epidemia di morbillo è scoppiata ad Hammarstein (Prussia), nella colonia di sudditi tedeschi profughi dalla Russia; colpisce anche gli adulti; dà una forte proporzione di morti.

Casi di peste a Tunisi.

Alcuni casi di peste si sono manifestati a Tunisi, esclusivamente tra gl'indigeni originari del sud. Sono state subito adottate energiche misure sanitarie ed il piccolo episodio può considerarsi finito.

È morto a Bologna, in età di 60 anni, il prof. AMILCARE BIETTI, direttore di quella Clinica oculistica. Era nato a Caravaggio (Bergamo); si era laureato a Napoli; insegnò in varie Università, prima di passare in quella di Bologna. Consacrò tutta la vita al lavoro tenace e ne sono fede numerosissime pubblicazioni.

P. I.

È morto a 70 anni, in Buenos Aires, il dott. DOMINGO CABRED, reputatissimo psichiatra dell'Argentina. Diresse a lungo quell'« Hospicio de las Mercedes » e per 42 anni impartì l'insegnamento della psichiatria in quella Facoltà di Scienze Mediche. Vero apostolo dell'assistenza sociale, fondò o contribuì a fondare moltissime opere benefiche. Era anche un consulente reputato e un propagandista efficace.

M. I.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**

☛ Abbonamenti cumulativi con il "Policlinico,,

Riviste speciali concesse agli associati al "Policlinico,, in abbonamento cumulativo pel 1930.

Gli associati al « Policlinico », a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole:

L. 36 per l'Italia anzichè **L. 40** o **L. 50** per l'Estero anzichè **L. 60**

potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1930 di **una** delle seguenti Riviste di specialità.

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continuazione de

Le malattie del cuore e dei vasi

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Clinico Medico di Roma

Ogni fascicolo si compone di 48-52 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, lezioni e conferenze; *b)* rassegne, riviste e congressi; *c)* notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40 — Estero L. 60 — Un numero separato L. 6,00

Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 36 — Estero L. 50

☛ N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1930 a "Cuore e Circolazione,, si concedono le intere annate 1924, 1925 (questa senza il Fascicolo 5 esaurito), 1926, 1927, 1928 e 1929 per sole L.* 150 *se in Italia, e per sole L.* 200 *se all'Estero, in porto franco.*

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di BARI

Ogni fascicolo si compone di oltre 60-64 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; *b)* recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; *c)* Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40 — Estero L. 60 — Un numero separato L. 6.00

Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 36 — Estero L. 50

☛ N. B. — *I nuovi abbonati del 1930 possono ottenere l'annata del 1925 senza il 1° fascicolo (esaurito) più le intere annate 1926, 1927 e 1928 per sole L.* 125 *se in Italia, e per sole L.* 170 *se all'Estero, in porto franco.*

IL VALSALVA



RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di Roma

Questa rivista, che entra nel sesto anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40 — Estero L. 60 — Un numero separato L. 6.00

Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 36 — Estero L. 50

☛ N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1930 si concedono le intere annate: 1925, 1926, 1927 (meno il n. 3 esaurito), 1928 (questa senza il n. 2 esaurito) e 1929 per sole L.* 125 *se in Italia, e per sole L.* 170 *se all'Estero, in porto franco.*

Inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'Editore LUIGI POZZI — *Via Sistina, 14* - ROMA.

Ai già abbonati a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di applicare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

ANNO XXXVII — Roma, 20 Gennaio 1930 — Num. 3

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Patologia speciale Medica della R. Università di Siena

diretto dal prof. C. GAMNA.

Azione dell'ergotamina sulla glicemia degli individui normali, epatici e diabetici

per il dott. G. CORBINI, aiuto volontario.

Nonostante che in questi ultimi tempi il problema patogenetico del diabete mellito sia stato ripreso ed aggredito sotto molteplici punti di vista, tutt'altro che chiarita rimane ancor oggi l'intima essenza della malattia.

Accanto alla classica teoria pancreatica del diabete, che ha avuto anche recentemente una luminosa conferma con la scoperta e le relative applicazioni cliniche dell'insulina, va in questi ultimi tempi sempre più prendendo piede una nuova quanto complessa concezione, basata su numerose constatazioni cliniche e sperimentali, quella cioè che farebbe dipendere la sindrome diabetica da uno squilibrio funzionale esistente fra il pancreas e le altre ghiandole a secrezione interna da un lato ed il sistema nervoso vegetativo dall'altro.

Questa nuova ipotesi, è, come dicevo, frutto di numerose ricerche cliniche e sperimentali, che, se pure dimostrano l'importanza di molti fattori nella glicoregolazione, rendono nondimeno più complessa la comprensione delle modalità e dei passaggi attraverso i quali essa si compie.

Un primo fattore di indiscusso valore nella glicoregolazione, è rappresentato dal sistema nervoso centrale, la cui importanza fu sperimentalmente provata fin dal tempo di C. Bernard mediante la classica puntura che porta il suo nome; importanza maggiormente accresciuta oggi con la constatazione clinica ed anatomo patologica dell'esistenza di altri centri superiori che contribuiscono con la loro funzione a mantenere la glicemia nei limiti fisiologici.

Importanza anche maggiore e più largamente documentata specialmente dal lato sperimentale, ha assunto oggi, nel ricambio degli idrati di carbonio, il sistema nervoso vegetativo.

Unanimemente infatti ammessa è l'influenza del simpatico nella glicoregolazione, mentre meno sicuramente documentata e chiarita è l'influenza del vago: ma è certo che anche questa parte del s. n. vegetativo entra direttamente, o, come vogliono alcuni, indirettamente e precisamente per tramite del simpatico, nella regolazione del tasso glicemico.

Di fronte a queste constatatazioni sta il fatto che gli studi moderni tendono ad ammettere che oltre al pancreas, altre ghiandole a secrezione interna (sopratutto la tiroide, il surrene e l'ipofisi) abbiano un'importanza tutt'altro che trascurabile nel ricambio degli idrati di carbonio, mentre d'altra parte non meno importante e meglio documentata specialmente dal lato sperimentale risulta l'influenza del sistema nervoso vegetativo con i suoi due segmenti simpatico e parasimpatico nel complesso meccanismo della glicoregolazione.

Se noi infine pensiamo alle correlazioni funzionali esistenti fra le varie ghiandole a secrezione interna e fra queste ed il sistema nervoso vegetativo, noi vediamo quanto delicato e complesso risulti il meccanismo del ricambio degli idrati di carbonio.

L'importanza della s. n. vegetativo nella glicoregolazione è stata sopratutto provata mediante l'impiego di speciali farmaci ad azione elettiva su uno dei due sistemi e che hanno, fra le altre proprietà, anche quella di influire sul tasso glicemico.

Da tempo infatti è stato rilevato che i farmaci vegetativotropi hanno la proprietà di modificare la composizione fisico-chimica del sangue e di alterare anche il suo contenuto in glucosio.

È rimasta a questo proposito classica ed ha aperto un nuovo campo di studio, la constatazione fatta molti anni or sono da Blum, circa l'iperglicemia consecutiva ad iniezione di adrenalina.

Numerose sono oggi le ricerche sperimentali condotte sul comportamento della glicemia sotto l'azione di alcune sostanze vegetativotrope, ed una di esse specialmente è stata in questi ultimi tempi oggetto di numerose ricerche; intendo parlare dell'ergotamina, farmaco ad azione simpatico-inibitrice.

Non starò qui ad enumerare le proprietà farmaco-dinamiche che sono svolte da questa sostanza, e che in definitiva sono quelle stesse della ergotossina — che sono state ben definite da Rothlin, al quale si debbono gli studi fondamentali su questo farmaco.

La nozione dell'azione ipoglicemizzante dell'ergotamina si deve però a Rothschild e Jacobson, i quali, riprendendo le ricerche di Adlesberg e Porges e di Boukaert e Schaus, osservarono nei basedowiani trattati con l'ergotamina, insieme alla attenuazione dei fenomeni della malattia, la diminuzione costante della glicemia.

Questa constatazione ha indotto un discreto numero di AA. a studiare sistematicamente l'azione dell'ergotamina sul tasso glicemico ed ha fornito un nuovo campo di studio circa la importanza del simpatico nella glicoregolazione.

A) AZIONE DELL'ERGOTAMINA NELL'ANIMALE DA ESPERIMENTO E NELL'UOMO NORMALE.

Per ciò che riguarda il comportamento della glicemia sotto l'azione dell'ergotamina nel coniglio, i risultati ottenuti dai varii AA. sono tutt'altro che concordi fra loro.

Difatti, mentre alcuni non hanno osservato, dopo l'iniezione di ergotamina, variazioni notevoli della glicemia (Rothlin, Bossa, Cannavò) altri avrebbero ottenuto una leggera (Moretti, La Grutta, Lesser e Zipf) o notevole diminuzione di essa (Seidel, Bufano); leggeri aumenti trovarono invece Rotschild e Jacobson, Farber, Immerwahr e Barath.

In modo più concorde e nel senso di un appiattimento della curva glicemica dopo sovraccarico di glucosio nel coniglio si pronunziano invece la maggior parte degli AA. che si sono occupati dell'argomento. L'ergotamina inibisce inoltre la iperglicemia adrenalinica (Moretti, Rothlin, ecc.).

Nell'uomo normale, tenuto a digiuno e sottoposto ad iniezione di ergotamina, la glicemia non subisce, secondo alcuni, modificazioni di sorta (Chiabrera, Orsi, Bossa, Franco, Moretti); altri invece avrebbero ottenuto leggere diminuzioni di essa (Seidel, Czezowska e Goerts).

Ho voluto perciò vedere quale fosse l'influenza dell'ergotamina, somministrata per via sottocutanea alla dose di 1/2 milligr. (che la casa Sandoz fornisce sotto il nome di Gynergen) sulla glicemia di individui sani e di un gruppo di ammalati di varie malattie presi senza alcuna regola fra quelli degenti nei reparti della clinica.

Tutti i soggetti furono tenuti digiuni dalla sera precedente il giorno della prova e durante la durata di essa.

Le esperienze riferite nella tabella I mi autorizzano a concludere che l'ergotamina è quasi inattiva sulla glicemia di individui normali o ammalati di altre malattie all'infuori del diabete. Difatti la glicemia non ha in nessun caso subìto sensibili modificazioni: sopratutto non ho visto una decisa azione in un senso o nell'altro, essendo la glicemia ora aumentata ora diminuita, in ogni caso però in modo pressochè trascurabile.

Queste leggere variazioni in più o in meno sono dovute a molti fattori, e principalissimo fra questi lo stato di eccitabilità individuale

del sistema nervoso vegetativo, che naturalmente varia da soggetto a soggetto.

D'altra parte è noto oggi che la primitiva schematica concezione di Eppinger ed Hess sul completo antagonismo esistente fra i due sistemi simpatico e parasimpatico e così pure la pretesa specificità dei farmaci neurotropi hanno perduto, dopo le numerose ricerche nell'argomento, quel valore di assolutismo che era stato loro attribuito.

Tabella I.

Nome	Glicemia					Osservaz.
	A digiuno	Dopo ½ h.	Dopo 1 h.	Dopo 2 h.	Dopo 3 h.	
1. C. Benvenuto, normale.	0.80	0.78	0.76	0.78	0.77	1 cc. Gynergen Sandoz
2. M. Carlo, convalescente reumatismo a. s.	0.73	0.78	0.77	0.79	0 70	Id.
3. M. Alfredo, diabete ins.	0.79	0.81	0.83	—	0.80	Id.
4. P. Francesco, D. mellito.	0.78	0.81	0.85	0.85	0.90	Id.
5. P. Alfredo, convalescente di cistopielite.	0.87	0.79	0.84	0.90	0.84	Id.
6. D. Z. Salvatore, conv. polmonite.	0 84	0.86	0.84	0.82	—	Id.
7. M. Sabatino, ulcera gastrica.	0.86	0.91	0.87	0.86	—	Id.
8. S. Dante, M. di Vaquez.	0.82	0.90	0.87	—	0.86	Id.
9. P. Piccina, dispepsia gastrica.	0.90	0.87	0.91	—	0.94	Id.
10. A. Millo, M. di Vaquez.	0.79	0 81	0.84	0.78	0.82	Id.
11. M. Tullio, conv. influenza.	0.80	0.79	—	0.81	0.83	Id.
12. M. Marco, nevrosi gastrica.	0.89	0.91	—	0.90	0.87	Id.

È noto infatti che i farmaci neurotropi forniscono dei dati sconcordanti e talvolta contraddittori, quando si tratti di esplorare con essi lo stato funzionale di organi o sistemi dipendenti dal sistema vegetativo; tali dati, dei quali spesso sfugge un'esatta valutazione, non solo dipendono da una serie di cause note ed ignote, fra le quali primeggia, come più sopra ho accennato, lo stato di eccitabilità individuale del s. n. v., quanto dalla nozione, ammessa oggi dalla maggior parte degli studiosi, non già di un equilibrio fra i due sistemi, quanto della predominanza di un sistema sull'altro, condizione questa variabile nei vari soggetti e nei vari visceri.

Intesi in questo senso, i farmaci coi quali si vuole esplorare lo stato del sistema nervoso vegetativo, vengono ad avere un valore di più modesta importanza di fronte allo stato di eccitabilità del sistema nervoso, il quale, d'altra parte, è differentemente influenzabile a seconda della dose del farmaco adoperato.

La dose maggiore o minore del farmaco costituisce infatti un'altra condizione che non deve esser dimenticata e che spesso è la responsabile delle disparità di resultati ottenuti dai vari ricercatori.

La tabella II dimostra appunto come i resultati ottenuti con differenti dosi di ergotamina in uno stesso soggetto, influiscano spesso in senso opposto nell'alterare il tasso glicemico dell'individuo in esame.

Tabella II.

Nome	Glicemia				Dose di Ergotamina
	A digiuno	Dopo ½ h.	Dopo 2 h.	Dopo 3 h.	
M. Tullio	0.83	0.81	0.79	0.80	0,25 milligr.
	0.85	0.87	0.91	0.84	0,75 »
P. Francesco	0.74	0.74	0.72	0.73	0,25 milligr.
	0.71	0.79	0.78	0.78	0,75 »
M. Alfredo	0 77	0.74	0.70	0.78	0,25 milligr.
	0.75	0.79	0.82	0.86	0,75 »

B) Azione dell'ergotamina sulla glicemia dei diabetici.

I resultati degli studi di Rotschild e Jacobson, i quali curando, come più sopra ho accennato, alcuni ammalati affetti da m. di Basedow, notarono che questa sostanza aveva, tra le altre proprietà, anche quella di diminuire la glicemia, hanno dato lo spunto ad alcune ricerche circa l'azione ipoglicemizzante di questo farmaco e la sua eventuale utilizzazione nella terapia del diabete.

Nel diabetico tenuto a digiuno, l'ergotamina alla dose di 1/2 milligr. per via sottocutanea, sarebbe capace, secondo alcuni, di indurre una diminuzione più o meno cospicua della glicemia (Moretti, Seidel, Czecowska e Goerts); la azione ipoglicemizzante sarebbe più manifesta nelle forme di diabete nervoso (Boukaert e Schaus). Altri avrebbero trovato che l'azione dell'ergotamina sarebbe pressochè trascurabile sulla glicemia a digiuno (Bossa), altri infine

avrebbero riscontrato, nella maggioranza dei casi, un aumento della glicemia (Serio); più attiva invece risulterebbe l'ergotamina sulla curva glicemica dopo sovraccarico di glucosio (Moretti, Czezowska e Goerts, Bossa, Franco).

Circa le eventuali applicazioni dell'ergotamina nella terapia del diabete, quasi tutti gli AA. riconoscono a questa sostanza la proprietà di elevare la tolleranza per i carboidrati (Moretti, Bufano e Masini, Bossa, ecc.) ed inoltre quella di rinforzare l'azione dell'insulina (Moretti, Hetènj e Pogàny, ecc.).

Notevole è pure un altro fatto, che cioè le forme di diabete insulino-resistenti potrebbero venire sensibilizzate all'insulina per mezzo dell'ergotamina; tali risultati avrebbero ottenuto Minkowski ed in qualche caso Franco.

Ho voluto studiare in 8 diabetici di varia gravità, l'andamento della curva glicemica a digiuno sotto l'azione dell'ergotamina (v. Tabella III).

TABELLA III.

Nome	Glicemia					Trattam.
	A digiuno	Dopo ½ h.	Dopo 1 h.	Dopo 2 h.	Dopo 3 h.	
1. P. Maria, diabete, acromegalia.	2.26	—	2.04	2.04	2.08	½ milligr. Ergotam.
2. B. Maria, diabete m. grave.	3.08	2.80	2.81	2.76	2.78	Id.
3. G. Egle, D. M. di media gravità.	2.38	2.30	2.28	2.22	2.01	Id.
4. C. Mariano, D. m. leggero.	1.89	1.85	—	1.80	1.78	Id.
5. B. Gino, D. m. leggero.	1.78	1.75	1.67	1.62	—	Id.
6. B. Daniello, D. m. leggero.	1.89	—	1.84	1.82	1.78	Id.
7. L. Alfonso, D. m. grave.	2.87	—	2.80	2.57	2.69	Id.
8. G. Fortunato, D. m. grave.	3.00	2.86	2.88	2.82	2.84	Id.

Negli 8 casi ho ottenuto quindi una costante diminuzione, sia pure di varia intensità, della glicemia sotto l'influenza dell'ergotamina: il grado della reazione ipoglicemica non mi sembra però essere in rapporto col grado di gravità della malattia, avendo riscontrato talvolta in forme leggere reazioni piuttosto forti, mentre ho assistito d'altra parte a reazioni deboli in forme gravi.

Ho sottoposto anche alla prova con l'ergotamina alcuni individui affetti da un leggero disturbo del ricambio degli idrati di carbonio, individui che presentavano cioè iperglicemia e glicosuria di modico grado, che sono scomparse dopo semplice riduzione di idrati di carbonio dalla dieta giornaliera.

Nei cinque ammalati non ho osservato un comportamento univoco; difatti la glicemia in tre di essi ha subìto una leggera diminuzione, in altri due è aumentata (v. Tab. IV).

TABELLA IV.

Nome	Glicemia					Trattam.
	A digiuno	Dopo ½ h.	Dopo 1 h.	Dopo 2 h.	Dopo 3 h.	
1. M. Narciso, cataratta.	1.16	1.24	1.20	—	1.21	½ milligr. Ergotam.
2. P. Angelo, cataratta.	1.38	—	1.68	1.49	1.36	Id.
3. P. Siro, cataratta.	0.98	—	0.86	0.83	0.82	Id.
4. N. Narcisa, fibroma uterino.	1.06	—	1.03	—	0.98	Id.
5. T. Giccondo, tpb. renale.	1.50	—	1.46	1.44	1.49	Id.

La ragione di questo differente comportamento sta probabilmente in rapporto con il differente stato di eccitabilità del sistema nervoso vegetativo dei vari soggetti, che contribuisce a spostare la reazione in un senso o nell'altro.

C) AZIONE DELL'ERGOTAMINA SULLA GLICEMIA DEGLI EPATICI.

La trascurabile azione esercitata dall'ergotamina sulla glicemia dell'uomo normale e d'altra parte l'azione più o meno spiccatamente ipoglicemizzante manifestata da questa sostanza nei diabetici, mi hanno spinto a ricercare se il farmaco avesse una qualche influenza in altre condizioni morbose in cui sappiamo esistere un disturbo del ricambio degli idrati di carbonio e precisamente nelle malattie del fegato.

È noto infatti che negli epatici esiste un disturbo del ricambio degli idrocarburi, tanto che molti AA. hanno proposto quale prova della funzionalità epatica, il comportamento della iperglicemia alimentare, la quale come hanno dimostrato alcuni (Gilbert e Boudoin, Labbè e Nepveuw, Moracchini, Bassi) è notevolmente alterata; difatti, durante la prova del sovraccarico di glucosio, si può assistere ad

una reazione iperglicemica di durata anche molto superiore a quella presentata dall'individuo normale, dimodochè l'area del triangolo di reazione, determinata secondo il metodo di Labbè, risulta superiore alla norma.

Allo scopo appunto di vedere se negli epatici, nei quali appunto esiste un'alterazione del ricambio idrocarbonato, l'ergotamina avesse influenza sulla glicemia ho scelto sei diversi ammalati, latori di gravi malattie epatiche. I resultati sono esposti nella tabella V.

TABELLA V.

Nome	Glicemia					Trattam.
	A digiuno	Dopo ½ h.	Dopo 1 h.	Dopo 2 h.	Dopo 3 h.	
1. M. Mario, cirrosi epatica.	0.92	0.97	—	0.94	0.92	½ milligr. Ergotam.
2. S. Spartaco, cirrosi epatica.	0.89	0.88	—	0.78	0.80	Id.
3. B. Francesco, cirrosi epatica.	1.07	0.95	—	1.05	0.88	Id.
4. M. Benvenuto, cirrosi epatica.	1.01	0.95	1.01	—	1.09	Id.
5. B. Valentino, cirrosi epatica.	0.95	0.98	0.94	—	0.90	Id.
6. B. Narciso, sifilide spleno-epatica.	0.82	0.80	0.77	0.79	0.76	Id.

Scarsa è quindi l'influenza esercitata dall'ergotamina sulla glicemia degli epatici e da questo punto di vista non molto dissimile è il comportamento di questi ammalati da quello di individui normali.

*
* *

L'ergotamina a differenza di altre sostanze ad azione vegetativotropa, le quali, oltre ad indurre variazioni del polso, della pressione, influiscono anche nella formula chimica del sangue, compresa la glicemia, ha scarsa influenza nel tasso glicemico dell'uomo normale ed in genere negli individui non diabetici. In simili casi difatti una dose di 1/2 milligr. di tartrato di ergotamina per via ipodermica induce trascurabili variazioni della glicemia, ora in più ora in meno; la dose maggiore del farmaco può determinare un aumento della glicemia in quei soggetti nei quali con una dose più piccola, si era ottenuto una diminuzione o viceversa: aumenti o diminuzioni della glicemia sono in ogni caso di trascurabile entità, e quindi poco sicura riesce la prova coll'ergotamina quando si tratti di esplorare con essa il tono e lo stato di eccitabilità del sistema nervoso vegetativo del soggetto in esame.

Nel diabetico l'ergotamina diminuisce costantemente, sia pure con intensità variabile, la glicemia a digiuno. In altre condizioni morbose nelle quali esistono disturbi del ricambio degli idrati di carbonio, come nelle malattie del fegato e nelle glicosurie alimentari, il comportamento della glicemia di fronte all'ergotamina non è molto dissimile da quello che si osserva nell'individuo normale ed in altre condizioni morbose, non diabetiche.

L'azione ipoglicemizzante manifestata dall'ergotamina nel diabete mellito e la scarsa influenza di questa sostanza nella glicemia dell'individuo normale o affetto da altre malattie all'infuori del diabete mellito, fornisce un nuovo elemento per ammettere che nel determinismo di questa malattia entri, quale fattore di non trascurabile entità, lo squilibrio dell'apparato neuro-endocrino.

Se d'altra parte ci riferiamo alle ricerche di Lesser e Zipf, e di Hetenyi e Pogany secondo i quali la glicogenolisi epatica sarebbe in dipendenza del simpatico, possiamo facilmente trovare la spiegazione dell'iperglicemia manifestata dall'ergotamina nel diabete mellito, malattia nella quale sarebbe in giuoco una iperglicogenolisi.

Gli studi moderni autorizzano a ritenere che il diabete, pur essendo legato principalmente ad una insufficienza insulare pancreatica, non sta soltanto in funzione di questa, ma deve anche considerarsi come la risultante di una complessa disfunzione plurighiandolare e sopratutto di un'alterazione dei rapporti esistenti fra apparato endocrino e sistema nervoso vegetativo.

RIASSUNTO.

In base ai risultati delle sue ricerche l'A. conclude: che l'ergotamina è quasi inattiva nella glicemia di individui normali ed epatici. Nei diabetici essa dimostra una certa azione ipoglicemizzante, variabile nella sua intensità da caso a caso.

BIBLIOGRAFIA.

ADLESBERG e PORGES. Klin. Woch., 1926, n. 31.
BARATH, Zeits. f. Klin. Med., Bd. 104.
BOSSA. Atti della Soc. Biol. sper. Napoli, luglio 1928.
BOUKAERT e SCHAUS. Annal. d. l. Soc. scient. d. Bruxelles, 1927, Bd. 47.
BUFANO e MASINI. Rif. Med., 1927, pag. 891.
CANNAVÒ. Arch. di Farm. sper. e Scienze affini, 1927.

CHIABRERA. Min. Med., 1928.
CZEZOWSKA e GOERTS. Comp. rend. de la Soc. de Biol., 1928, Bd. 98.
FARBER. Zeits. f. exp. Med., Bd. 491.
FRANCO. Folia Medica, 1929, n. 8-9-10.
IMMERWAHR. Med. Klin., 1927, 44.
LABBÉ e NEPVEUX. Annal. d. Méd., 1928.
LA GRUTTA. Riv. di Pat. Sper., 1928, n. 3.
LESSER. Zipf. Bioch. Zeits., 1923, pag. 612.
MINKOWSKI. Med. Klin., 1926.
MORACCHINI. Min. Med., 1927.
MORETTI. Comp. Rend. de la Soc. de Biol., luglio 1927; Rif. Med., 1927, n. 41; Bollet. delle Spec. Med. Chir., 1927, fasc. 3.
ORSI. Atti del XXXIII Congr. di Med. Int., 1928.
ROTSCHILD e JACOBSON. Zeit. f. Klin. Med., Bd. 105, H. 3-4.
ROTHLIN. Rev. neur., giugno 1926; Klin. Woch., 1926, n. 30; Rev. d. Pharm. e Ther. exp., 1928, p. 103.
SEIDEL. Kongresszentralb. f. inn. Med., Bd. 51.
SERIO. Min. Med., 1929, p. 860.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sul trattamento delle ferite del seno longitudinale maggiore nei fratturati cranici. (1)

Prof. GUIDO FERRARINI
ordinario di Patologia Chirurgica
nella R. Università di Pisa.

Tutti i chirurghi conoscono la gravità talora estrema dell'emorragia che sussegue a ferita dei seni meningei, ed in particolare del seno longitudinale maggiore (specialmente nella sua porzione posteriore), prodotta da frattura cranica. Di quest'ultima intendo qui sopra tutto di occuparmi, pur notando che quanto avrò da dire vale, in generale, per le ferite di tutti i seni.

I principali metodi suggeriti, per dominare in simili traumatizzati l'emorragia stessa, consistono come è noto: *a*) nell'*allacciatura;* *b*) nella *sutura;* *c*) nella *forcipessura;* *d*) nel *tamponamento* del seno ferito. Ciascuno di essi ha le sue indicazioni, le sue difficoltà, i suoi pregi ed i suoi difetti, che le innumerevoli craniotomie praticate in occasione della recente guerra hanno contribuito a fare anche meglio conoscere e precisare.

L'allacciatura, che deve necessariamente esser duplice ed eseguita previo isolamento di un tratto del seno leso, se possibile e relativamente facile in casi di craniotomia a seno integro (ad es. per l'estirpazione di tumori della volta), non è per solito attuabile in casi di lacerazione dello stesso per frattura cranica. Ciò, tanto per l'estensione della ferita vascolare, quanto sopra tutto per l'imponente emorragia che non dà modo e tempo al chirurgo di isolare il seno a monte ed a valle del segmento lacerato.

La sutura, possibile in casi di lesioni molto piccole e lineari del seno, difficilmente si presta alla emostasi nei fratturati cranici considerati. Le pareti di quello, anelastiche, fragili, tese e non scorrevoli, si lacerano facilissimamente allo stringere del punto, e spesso una ferita lineare viene così trasformata in una ferita a croce che peggiora la situazione.

La forcipessura, raramente possibile nelle larghe e irregolari lacerazioni del seno (come spesso si hanno nelle fratture della volta) obbliga a lasciare in sito delle pinze emergenti dal cranio, le quali diventano pericolosissime nei movimenti, convulsioni, ecc. dell'operato al suo risvegliarsi e nei giorni successivi. In occasione della recente guerra vi sono stati chirurghi che videro in tali contingenze le pinze emostatiche, spostate violentemente, affondarsi talora nel cervello; onde vi è chi ha proposto di applicare attorno al cranio una robusta cuffia di gesso nella quale le pinze restino, per dir così, murate, con evidenti pericoli e gravi difficoltà per poterle poi togliere senza lacerare il seno un'altra volta.

Il tamponamento infine è il mezzo emostatico da tutti riconosciuto come il più semplice e sicuro, e pertanto più comunemente adoperato. Esso suol farsi a mezzo di strisce di garza, compresse e stipate sulla sorgente emorragica, garza che si lascia in sito per alcuni giorni, finchè il seno non siasi trombizzato. La compressione fatta dal tamponamento e la tenuta dello stesso vengono facilitate col ribattere, eventualmente col suturare, al di sopra del tampone i lembi della ferita del cuoio capelluto; ed è questa la tecnica colla quale abitualmente si ha ragione della emorragia. Vi sono casi però, descritti nella letteratura, nei quali neppur così si è riusciti allo scopo, e si sono egualmente perduti i malati per dissanguamento sia primitivo che secondario.

Vi è chi pertanto ha consigliato di fare il tamponamento introducendo nel lume stesso del seno ferito sottili strisce di garza o grossi fili di catgut, secondo l'antica proposta di Lucas Championnière. Ma simile tecnica non aumenta quelle probabilità di successo, che ha il tamponamento semplice fatto a ridosso del seno. Essa, possibile e talvolta anche agevole in lesioni piccole di quest'ultimo, nelle quali sia permesso afferrarne od almeno vederne beanti i bordi (come accade frequente-

(1) Comunicazione all'adunanza tenuta il 25 agosto 1929 in Sarzana dalla « *Società di Cultura Medica della Spezia e Lunigiana* ».

mente, per es., nelle ferite chirurgiche accidentali del seno laterale, avvenute durante le operazioni per mastoidite), non può esser messa in opera che rarissimamente nelle lesioni dei seni, ed in particolare di quelle del longitudinale maggiore, da frattura cranica, nelle quali per solito, nonchè i bordi, non si riesce neppure a veder bene la forma e la posizione esatta della lacerazione donde nasce l'imponente emorragia. D'altro lato l'insistere in tali contingenze, con malato già fortemente anemizzato, a scoprire ed a tener beante la ferita del seno, espone evidentemente al pericolo dell'embolia gassosa, raramente invero osservata, ma in tal caso tutt'altro che difficile a verificarsi.

Questo, sommariamente, essendo lo stato della questione, dirò ora che io mi sono trovato nel corso di quest'anno di fronte ad un caso clinico di frattura circoscritta ed esposta della volta cranica prodotta dalla caduta di un sasso, con lacerazione del seno longitudinale maggiore, nel quale potei durante l'operazione craniotomica aver ragione (mediante l'usuale tamponamento fatto con garza) di una emorragia imponente da me preveduta, e verificatasi al rimuovere una scheggia avvallata che aveva ferito il seno: emorragia che un tentativo di sutura con piccolo e sottile ago rotondo non aveva che peggiorata. Accintomi però dopo 7 giorni di tempo (durante i quali all'operato erano stati somministrati ad alte dosi i più svariati coagulanti) a rimuovere il tampone, l'emorragia riprese immediata ed anche più imponente della primitiva, così da anemizzare fortemente il malato in pochi istanti.

Ottenni allora e facilmente l'emostasi, ma questa volta definitiva, per mezzo di alcuni accorgimenti di tecnica che avevo meditati, pensando di porli in opera nell'evenienza (appunto verificatasi) che l'emorragia riprendesse durante la prima medicatura, e per i quali avevo predisposto il necessario. Descrivo il modo col quale io mi sono condotto, persuaso che, come nel mio caso, esso può esser veramente utile e salvare talvolta un ferito che diversamente si perderebbe.

Tengo a dire che non ho la pretesa di proporre un metodo nuovo, ma soltanto uno speciale accorgimento di tecnica, che associa, predispone e razionalmente utilizza alcune modalità di trattamento già adoperate da altri.

Il principio teorico dal quale io sono partito è questo: che la pressione del sangue nel seno longitudinale maggiore (come in ogni altro della meninge) è molto piccola, e che pertanto non è necessario, per far l'emostasi definitiva in caso di ferita dello stesso, un tamponamento stipato nè tanto meno una forte compressione. *È sufficiente allo scopo, qualunque sia per essere l'entità della lacerazione del seno, una compressione minima; ma bisogna che essa abbia questi quattro requisiti: che sia a tenuta perfetta, che possa essere applicata con grandissima rapidità, che si presti ad esser mantenuta facilmente, che non debba esser più rimossa.*

Le ragioni, per le quali il metodo del tamponamento non riesce in taluni sia pur rari casi allo scopo suo, sono sempre riferibili alla mancanza dell'uno o dell'altro dei requisiti di cui sopra: deficente rapidità nel porlo in atto, non buona o non facile tenuta successiva, necessità di doverlo rimuovere in prosieguo di tempo.

Ora a me è parso che la tecnica emostatica possa conseguire tutti i pregi che le domandiamo, ed avere la desiderata rapidità e semplicità di applicazione e sicurezza di successo, col seguente duplice accorgimento:

1) coll'approntare preventivamente un cuscinetto elastico e sufficentemente malleabile di sostanza riassorbibile, da poter al momento opportuno applicare direttamente sulla sorgente emorragica, e modellare in guisa che esso colmi e riempia la lacuna della breccia craniotomica;

2) col preparare pure preventivamente un lembo di cuoio capelluto, che possa al momento opportuno essere applicato a guisa di opercolo sopra questo cuscinetto compressore, ed abbia pertanto una ampiezza, una forma ed un orientamento tali, da poter facilmente ricoprire la breccia ossea ed essere sopra di essa mantenuto definitivamente.

Ho dunque nel mio caso proceduto così, e così propongo di procedere in contingenze similari.

Preparo prima dell'operazione craniotomica uno e se occorre due rocchetti di catgut grosso (n. 5-6), il filo dei quali svolgo e pongo per alcun tempo in acqua molto calda (non bollente), finchè esso siasi rigonfiato e rammollito ed abbia preso un aspetto come gelatinoso. Avvolgo allora il filo su sè stesso, in guisa da farne un lasso gomitolo, che schiaccio e, per così dire, modello a forma lenticolare fra le dita, cercando di dargli dimensioni e forma più che posso simili a quelle presumibili della breccia craniotomica.

Predispongo ancora un lembo sufficentemente ampio di cuoio capelluto, peduncolato (come meglio torna) verso l'avanti o verso l'addietro o verso l'altro lato, ma sempre tale, che possa facilmente esser portato o per torsione o per scorrimento sulla breccia stessa e quivi venire applicato a ricoprirla. La preparazione di

tale lembo, come quella del cuscinetto di catgut, devono costituire tempi e manovre preparatorie, *che si eseguono prima di aggredire la zona della frattura cranica*, a livello della quale si sa od anche *soltanto si sospetta* che già esista o possa durante la succesiva craniotomia verificarsi una lesione del seno: *questo è anzi, secondo me, il coefficiente principale del successo, e questa l'idea sulla quale più mi piace insistere.*

Talvolta (in casi di fratture solo parzialmente esposte e con lesione circoscritta e magari suturabile delle parti molli) per la preparazione del lembo si potrà utilizzare il cuoio capelluto della regione ove giace la frattura, e giovarsi (come accadde nel mio malato) dello stesso taglio (a ferro di cavallo, ecc.) che serve per la trapanazione. Altre volte invece il lembo stesso dovrà essere preparato apposta ed approntato in sede più o meno lontana: per es., a spese del cuoio capelluto del lato opposto.

È chiarissimo, dopo di ciò, come io mi comportai e propongo che ci si comporti.

Presentatasi l'emorragia, massime se si constata che essa è tale da non poter essere neanche provvisoriamente frenata, così da non aversi neppur modo di regolarizzare la breccia craniotomica, si applica immediatamente sulla sorgente emorragica, a ridosso del seno ferito, il tampone di catgut; sul catgut si ribatte l'opercolo del cuoio capelluto, e colla mano si tiene quest'ultimo compresso in sito.

L'esperienza clinica da me fatta e numerose ricerche sperimentali da me eseguite sopra cani di grossa taglia, nei quali di deliberato proposito producevo, previa trapanazione del cranio, lesioni relativamente enormi del seno longitudinale maggiore, che avrebbero in brevissimo tempo dissanguato l'animale, mi fecero restar meravigliato, dimostrandomi con quanta facilità, semplicità e sicurezza si ottiene così una emostasi perfetta ed immediata anche nelle più gravi emorragie.

Il catgut del tampone, oltre a facilitare la coagulazione del sangue, si adatta da sè ai contorni della breccia ossea, la colma e l'oblitera e trasmette al seno ferito, schiacciandolo, la compressione che è fatta sull'opercolo cutaneo che lo ricopre. Non una goccia di sangue viene più fuori.

Non resta allora che rendere stabili le condizioni così realizzate, ed a ciò è facilissimo arrivare con tutta comodità. Si sostituisce, come feci io nel mio malato, al dito che comprime il lembo un batuffolo di garza o di cotone di opportuno volume, che vien tenuto compresso sulla parte. Si fissa, ove sia possibile, il contorno del lembo stesso con alcuni punti staccati in seta al margine del cuoio capelluto che gli è venuto a corrispondere. Si applicano due lunghe e sottili strisce di cerotto adesivo che si incrociano, ben tese, sul centro del batuffolo e decorrono l'una dal naso all'occipite, l'altra dall'orecchio destro al sinistro, rinforzate, ove si creda, da altre due decorrenti (sempre con incrocio sul batuffolo) dalla bozza frontale di un lato alla regione mastoidea dell'altro, e tutte magari collegate assieme da un'ultima striscia di cerotto che gira orizzontalmente attorno al cranio passando sopra l'orecchio. Si fascia il malato e naturalmente lo si sorveglia attentamente nei giorni seguenti, per poter eventualmente svuotare, drenare e dominare qualche piccola raccolta purulenta, che sotto ai lembi cutanei scollati avesse luogo di formarsi.

Presento alcuni pezzi anatomici delle esperienze compiute, nei quali si vede la chiara compartecipazione del catgut al processo di formazione e di organizzazione del trombo a ridosso del seno ferito.

Faccio noto nel tempo stesso che ho incaricato un mio distinto allievo, il dott. G. Bianchi, di fare sopra questo argomento uno studio sistematico e ben documentato. Nel lavoro, che il dott. Bianchi presto pubblicherà, sarà ricordata la letteratura, saranno esaminati i vari metodi di emostasi nelle ferite qui studiate, e di essi e della tecnica da me proposta verranno discussi le indicazioni e le controindicazioni, i pregi ed i difetti.

RIASSUNTO.

Per ottenere una facile sicura e definitiva emostasi nelle ferite del seno longitudinale maggiore nei fratturati cranici l'A. si vale del tamponamento con un gomitolo di catgut previamente rammollito, e di un lembo di cuoio capelluto, preparato prima dell'operazione craniotomica, il quale viene ribattuto sul tamponamento ed utilizzato come un opercolo occlusivo della breccia cranica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Pediatrica della R. Università di Roma.

Direttore inc.: Prof. DE VILLA.

Un caso di tremore da malaria.

Dott. C. CATTERUCCIA, aiuto volontario.

F. Vito, mesi 11, da Sgurgola.

Genitori malarici. Quarto figlio, nato da gravidanza e parto normali.

Allattamento materno esclusivo fino all'8° mese indi misto a pappine.

Primi denti a 9 mesi. Nessuna malattia sino all'età di 8 mesi, quando cioè compaiono diarrea profusa e accessi di vomito, cui seguono dopo qualche giorno convulsioni tonico-cloniche generalizzate, accompagnate da febbre elevata; la sindrome eclamptica ha una durata di una ventina di minuti, la febbre persiste per ventiquattro ore circa. Da quest'epoca il bambino presenta un caratteristico tremore agli arti e va soggetto ad accessi febbrili sporadici, più o meno distanziati; si è fatto pallido, irrequieto, piagnucoloso, insonne. Appetito ben conservato. Alvo e minzioni normali. In tali condizioni viene condotto al nostro ambulatorio.

Esame obbiettivo: Aspetto sofferente. Costituzione scheletrica regolare. Nutrizione discreta. Cute elastica di un intenso pallore terreo diffuso; mucose scolorate. Micropoliadenia. Cranio mesocefalo; fontanella anteriore in via di normale ossificazione, depressa.

Nulla a carico degli *apparati circolatorio* e *respiratorio*.

Apparato digerente: Lingua patinosa alla base, umida. Denti: 5 incisivi. Addome voluminoso, globoso, ben trattabile; fegato alquanto ingrandito ed aumentato di consistenza; milza notevolmente ingrandita in toto, con polo superiore all'VIII spazio intercostale, margine anteriore che oltrepassa per circa 1 centim. l'ascellare anteriore e polo inferiore debordante circa 2 centimetri: superficie liscia, margini ottusi, consistenza duro-elastica.

Sistema nervoso: L'osservazione del piccolo paziente, in posizione supina di riposo, fa rilevare un caratteristico tremore continuo degli arti, più accentuato ai segmenti distali degli arti superiori. Il tremore è ad oscillazioni di media ampiezza, rapide, aritmiche; si accentua nei movimenti intenzionali e, come riferisce la madre, si attenua notevolmente fin quasi a scomparire nel sonno.

Non esistono limitazioni dei movimenti attivi e passivi degli arti: ai passivi si incontra però una resistenza alquanto superiore alla norma.

Nulla di anormale a carico dei muscoli mimici e dell'oculomozione. Non anisocoria; riflessi pupillari normali. Non deviazioni o tremori della lingua, nè disturbi della deglutizione.

Riflessi superficiali: accennati il Babinsky, il cremasterico e l'addominale.

Riflessi profondi: si provocano con difficoltà; solo i rotulei sono abbastanza pronti e vivaci bilateralmente.

Assenti il dermografismo, lo Chwostek, il Trousseau, ecc.

L'esame della sensibilità termica e dolorifica dà risultati di difficile valutazione. Normale per altro appare lo sviluppo psichico.

Esame dell'urina: nulla di patologico.

Esame del sangue: striscio per la malaria (colorazione Giemsa): presenza di forme ameboidi di Plasmodium vivax; mononucleosi.

Hb. 45 %. Gl. rossi 3.100.000. Gl. bianchi 7.900.

R. W.: negativa.

Si istituisce senz'altro una intensa cura antimalarica, prescrivendo gr. 0,70 di chinino (ctg. 20 per iniezione intramuscolare) *pro die* per una settimana, poi gr. 0,40 a giorni alterni per una seconda settimana, quindi la stessa dose per due giorni successivi di ogni settimana durante un mese; e si consiglia di ricondurre in ambulatorio il bambino, appena terminato il ciclo di cura.

Non ho più riveduto il paziente, ma da notizie fornite dai familiari risulta che il trattamento antimalarico ha rapidamente modificato la sindrome, determinandone la totale e definitiva scomparsa dopo tre settimane circa. Il padre mi scrive, alla distanza di vari mesi, che il suo piccolo gode ottima salute « non soffre più affatto di tremori e non ha avuto più febbri ».

Il caso esposto è abbastanza chiaro e dimostrativo per non richiedere laboriose discussioni diagnostiche e indaginose ipotesi sul problema etiopatogenetico. Si tratta di un tipico tremore da malaria in soggetto con infezione primaverile in pieno rigoglio, nonostante la scarsezza e l'irregolarità delle manifestazioni febbrili: sindrome anomala che dimostra ancora una volta quali varietà di aspetti può assumere il morbo nei pazienti della prima infanzia.

Il sintoma tremore nei bambini come negli adulti è in dipendenza di svariati fattori e momenti causali e può essere l'espressione di semplici disturbi funzionali o di vere lesioni organiche più o meno gravi.

Secondo la classificazione di Sironi, nell'infanzia abbiamo: tremori transitori fisiologici, tremori da affezioni organiche del sistema nervoso centrale, tremori ereditari, tremori nelle nevrosi, tremori da intossicazioni e tremori tossi-infettivi.

Fede ritiene che nei bambini cause più frequenti e importanti del tremore siano le tossi-infezioni acute e croniche. Sono stati descritti tremori consecutivi ad affezioni dell'apparato gastro-enterico (Durante, Concetti, Comba, Rotch, De Lange, Zappert, Sirtori, Fornara), a morbillo (Cotta-Ramusino, Giunon, Schneider), a tifo, a difterite, a polmonite (Henoch, Hussy, Wieland), a stomatiti, a processi faringei e laringei (Comba), a varicella (Forest), ad avvelenamento per sublimato corrosivo (Cotta-Ramusino), a intossicazione da tiroidina (Sironi), ecc.

Lo Zappert ha isolato un gruppo di tremori, insorgenti dopo svariate malattie o senza fatti morbosi precedenti, creandone una particolare entità nosologica (*tremore cerebrale acuto della prima infanzia*) con caratteri propri, che, tra l'altro, pongono in miglior luce la patogenesi stessa dell'affezione. Si tratta di tremori improvvisi che insorgono spesso con febbre, quasi sempre generalizzati e a tipo continuo, talvolta associati a disturbi psichici e più raramente con deficit a carico di nervi cranici, della durata media di 3-4 settimane, ad esito in guarigione senza reliquati di sorta.

Tali forme ritenute in passato come semplici disturbi funzionali legati a tetania, a neurosi e a tossi-infezioni, oggi sono dalla maggioranza degli autori messe in rapporto a un vero processo encefalitico di natura tossi-infettiva, con lesioni, sia pure lievi e transitorie, dei centri cortico-motori (Griffith, Zappert, Cotta-Ramusino, Sironi, Wieland, ecc.).

Accanto al tremore cerebrale acuto della prima infanzia il Fornara pone un'altra forma, trascurata dai più, cioè il tremore dello *spasmus nutans*, che ritiene in dipendenza non solo di fattori costituzionali (rachitismo, spasmofilia) e di condizioni d'ambiente (oscurità), ma di concomitanti lesioni cerebrali localizzate con ogni probabilità nel nucleo di Deiters.

Per il tremore da malaria possiamo senz'altro riconoscere, in base alle odierne acquisizioni, non soltanto un fattore tossi-infettivo semplice, ma una vera causa organica rappresentata da lesioni cerebrali a carico dei centri cortico-motori. Sappiamo infatti quali e quante alterazioni patologiche può determinare sul sistema nervoso centrale l'infezione palustre (iperemie, melanosi, trombosi, necrosi, emorragie, focolai di rammollimento, granulomi di Dürck e, secondo alcuni, veri processi infiammatori delle meningi, modificazioni fisico-chimiche e citologiche del liquor, mieliti e degenerazioni a carico delle corna anteriori, ecc.), quindi nessuna difficoltà nell'attribuire una base anatomica oltrechè funzionale alla patogenesi della sindrome.

Nei bambini, il cui sistema nervoso è più intensamente compromesso che negli adulti dall'infezione malarica, meno rara è l'osservazione di singolari manifestazioni a carico della sfera psico-sensitiva e motoria, a prescindere dalle gravi forme proprie di alcune perniciose (eclamptiche, soporose, comatose, ecc.). Sono state illustrate sindromi coreiche (Boinet, Salbert, Timpano, Marano, Fusco, Bastianelli e Bignami), miocloniche (Lembo, Schelatow, Schupfer, Lassalvy), cerebellari (Schupfer, Rummo), emiplegiche (Spolverini), meningitiche (Genoese, Fiorentini); sono descritti casi di paralisi periferiche (Valagussa, Fonso), di psicosi (Ferraresi), di paresi, contratture, miastenie, ecc. Le osservazioni sul tremore scarse e frammentarie in passato, si sono fatte abbastanza numerose nell'ultimo cinquantennio; sono descritti tremori del tipo della paralisi agitante, della sclerosi a placche o del morbo parkinsoniano e del tipo alcoolico (Kahler e Pick, Torti, Angelini, Concetti, Fornaca, Jourdan, Cantieri, De Villa, Salmon, Martelli, Rusca, De Brun, Marchaud).

In genere dai vecchi autori la maggior parte di tali sindromi vengono considerate come successioni morbose tardive o manifestazioni postmalariche, insorgenti cioè quando non esistono più parassiti in circolo.

Nel caso nostro si tratta invece di una manifestazione para-malarica, la quale domina il quadro morboso specifico fin quasi dall'epoca del suo presumibile inizio. Interessanti sono inoltre: il modo violento con cui è insorta la sindrome (fatti meningo-encefalici acuti) nonostante la specie benigna del parassita malarico; la lunga durata di essa; la sua rapida e definitiva scomparsa mediante il trattamento chininico.

Il presente modesto contributo clinico vuole essere anche una riprova di quanto è stato già notato circa il rapporto fra parassiti malarici in circolo e tipiche manifestazioni morbose, cioè della possibilità che ad un facile e talora abbondante reperto parassitario corrisponda, tra l'altro, una singolare scarsezza, se non addirittura assenza, di accessi febbrili.

Nei bambini più che negli adulti possiamo osservare anomalie e deviazioni nosologiche. Come ho già detto altrove, l'atipia e il polimorfismo dei quadri morbosi, specie nella prima infanzia, ci ricordano per la malaria dei bambini quanto fu scritto per la sifilide: essa imita tutto.

RIASSUNTO.

È descritto un caso tipico di tremore da malaria in bambino di 11 mesi. Particolarmente interessanti sono: la forma para-malarica (Pl. vivax) dell'affezione, il suo netto predominio sugli ordinari sintomi della malaria in atto, l'inizio violento, la lunga durata, l'azione pronta del trattamento chininico (guarigione rapida e definitiva).

BIBLIOGRAFIA.

ASCOLI V. *La malaria*, 1915.
CONCETTI. *La malaria dei bambini* (Trattato di GRANCHER e COMBY), 1904.
COZZOLINO. *Trattato di Pediatria*, 1922.
CANTIERI. Rivista critica di Clin. Med., 1912.

DE VILLA. Gazzetta internaz. di Medicina e Chirurgia, 1913.
FORNACA. Bollettino Soc. Lancisiana, 1907.
FUSCO. Gazzetta Osped., 1911.
ID. Policlinico, sez. pratica, 1912.
FONZO. Rivista di Clin. Pediatr., 1920.
FIORENTINI. *La malaria nei bambini*, 1924.
FORNARA. Clinica ed Igiene Infantile, 1928.
GENOESE. Policlinico, sez. pratica, 1919.
GISMONDI. La Pediatria, 1912.
JOURDAN. Presse médicale, 1906.
MARANO. Policlinico, sez. pratica, 1911.
MARTELLI. La Malariologia, 1905.
MARCHIAFAVA e BIGNAMI. *L'infezione malarica*, 1912.
RUSCA. Policlinico, sez. pratica, 1918.
SPOLVERINI. Ibid., 1919.
SQUARTI. Ibid., 1922.
SIRONI. Rivista di Clin. Pediatr., 1918.
SCHIASSI. *La malaria e le sue forme atipiche.*
SALMON. Rivista critica di Clin. Med. 1913.
TIMPANO. Riforma Medica, 1908.
VALAGUSSA. *Consultaz. di clin. e terap. infantile.*

TECNICA.

OSPEDALE S. MARTA - RIVOLTA D'ADDA.

Un metodo di ricerca dell'acetone - Particolari di tecnica di analisi delle orine.

Dott. PILADE CLARA.

Per la ricerca dell'acetone nelle orine ho ideato un metodo, che mi sembra di facile esecuzione, non richiede l'uso di reattivi complicati, nè la distillazione preventiva delle orine, e credo perciò non inutile esporre ai colleghi che si occupano di queste ricerche.

Il metodo si fonda sulla proprietà ben nota dell'acetone di sciogliere la celluloide, ed il reattivo consiste appunto in piccoli quadratini di celluloide che io preparo così: sopra un vetrino porta-oggetti lascio cadere una grossa goccia di una densa soluzione di celluloide in acetone, poi con una bacchettina di vetro appena intinta in una soluzione di fucsina rimescolo la goccia e la distendo in sottile strato sul vetrino; ottengo così aderente al vetro una sottile pellicola di celluloide colorata in rosso; pellicola che divido in tanti quadratini di circa 3 mm. di lato, incidendovi con un temperino una serie di linee parallele al lato lungo del vetrino, e poi un'altra serie parallela al lato corto e presso a poco perpendicolare alla prima. Il vetrino ben asciutto viene poi fatto bollire in acqua, e ciò per due scopi, prima di tutto per assicurarsi che non ceda il colore all'acqua bollente, la quale deve restare perfettamente incolora, secondariamente per facilitare il distacco dei quadratini di celluloide, che viene poi praticato agevolmente col temperino man mano che abbisognano.

Per praticare la ricerca occorre un matraccio di 250 cm., provvisto di tappo forato attraverso il quale passa una lunga (circa 30 cm.) e sottile canna di vetro, nella quale è bene soffiare da un lato, a pochi cm. dal tappo una piccola bolla, destinata a servire da serbatoio per il quadratino di celluloide. Con questo semplice apparecchio la reazione si esegue in pochi minuti. Si mettono nel matraccio circa 200 cmc. di orina, o quella minor quantità che si avesse a disposizione, nella bollicina della canna di vetro si fa entrare, spingendovelo con un ago od altro, un quadratino di celluloide colorata, si mette poi il tappo sul matraccio e questo sopra una lampada di piccola fiamma, disponendolo in modo che il collo e conseguentemente la canna di vetro che fa da refrigerante a ricadere sia leggermente inclinato da un lato, e la bolla col quadratino di celluloide guardi in basso. Scaldandosi lentamente l'acqua, l'acetone comincia a distillare, e condensandosi nel tubo di vetro ne bagna le pareti, sciogliendo una piccola superficie di celluloide e liberando qualche traccia di colore. La reazione è positiva se la prima o le prime goccie di acqua condensata che ricadono dal tubo nel matraccio, sieno anche debolmente colorate in rosso.

La reazione, specialmente se non si ha a disposizione una certa quantità di orina, non serve forse a rilevare le traccie minime di acetone, ma questo non credo abbia grande importanza perchè le quantità minime di acetone non hanno un grande valore clinico, potendo essere contenute anche in orine fisiologiche, essa può essere data anche dall'acido diacetico, questo si trova però sempre unito all'acetone ed ha un significato prognostico simile ad esso.

Chiarificazione delle orine torbide. — Accade non raramente che le orine torbide permangano tali anche dopo la filtrazione, e ciò ostacola alcune ricerche e principalmente quella comunissima dell'albumina col saggio del calore; per chiarificarle si può aggiungervi un po' di gesso in polvere (quello comune da apparecchi), agitare e poi filtrare per filtro di carta. Se il filtro non è troppo spesso e rimane nel filtrato una nubecole di gesso, si può toglierla o lasciandola naturalmente depositare al fondo e poi decantando, oppure più rapidamente con pochi giri di centrifuga. La reazione non sottrae all'orina alcuno degli elementi patologici e specialmente l'albumina ed il glucosio.

Determinazione quantitativa del glucosio. — Invece di dosare il glucosio con una soluzione

esattamente titolata di reattivo di Fehling, in matraccio chiuso con valvola di Kroenig, ciò che richiede oltre al reattivo esattamente titolato, l'uso di un apparecchio con buretta, si può fare la determinazione con un saggio colorimetrico, nel modo che segue:

Si dispone una serie di provettine, la prima delle quali contiene una soluzione all'1 % di glucosio (1 cc.), nella seconda si mette 1 cc. della stessa soluzione ed un cmc. di acqua distillata, si agita e poi con una pipetta si toglie un cmc. di liquido che si mette in una terza provetta, nella quale si aggiunge un altro cmc. di acqua distillata, si procede nello stesso modo per tutta la serie successiva di provette (circa 10).

Si prepara poi il reattivo di Fehling mescolando 2 cmc. di soluzione A. (non occorre che sia titolata) con 2 cmc. di soluzione B. in una capsulina. Indi si scaldano alla fiamma successivamente le provettine e non appena accennano ad entrare in bollore si aggiunge una goccia di reattivo, mantenendole per qualche istante ancora al fuoco; si ha subito la colorazione rossa dell'ossidulo di rame ridotto, colorazione che viene attenuandosi nelle provettine successive, fino a quando non si produce più e permane invece la colorazione azzurra del reattivo anche dopo l'ebullizione; è questo il limite della reazione ed è ben apprezzabile, nel senso che la differenza di colore e di trasparenza tra l'ultima provetta che dà la reazione e la prima che non la dà più è ben evidente.

Analogamente si procede coll'orina in esame, meglio se defecata, sostituendo questa alla soluzione di glucosio 1 %. Le due provette di reazione limite conterranno evidentemente la stessa percentuale di glucosio, e poichè di una conosciamo il titolo sarà facile calcolare quello dell'orina in esame.

Praticamente il calcolo si può fare come segue:

La serie di provettine di campione ha i titoli seguenti:

1 %	1/2 %	1/4 %	1/8 %	1/16 %

ridotti in decimali:

1 %	0,50 %	0,25 %	0,125%	0,062%

1/32 %	1/64 %	1/128%	1/256%

ridotti in decimali:

0,031%	0,016%	0,08%	0,04%

Trovata la provetta limite dell'orina si sostituisce questa alla provetta limite della serie di campione, poi si contano tanti posti a sinistra quante sono le provette impiegate, l'ultima ci dà il titolo in glucosio dell'orina.

Se si devono fare contemporaneamente determinazioni in orine diverse, basta una sola serie di campione; è importante che durante le determinazioni venga usato sempre lo stesso contagocce per aggiungere il reattivo alle provettine.

La soluzione di glucosio per essere esatta andrebbe preparata partendo dal saccarosio, che solo si può avere puro e cristallizzato, calcolando che gr. 4,75 di saccarosio corrispondono a gr. 5 di glucosio, la trasformazione in glucosio avviene aggiungendo nella soluzione di saccarosio qualche cmc. di acido solforico che si neutralizza poi con soda caustica, per le ricerche abituali che non richiedono di solito esattezza chimica assoluta ma solo risultati fra loro sicuramente paragonabili, si può però adoperare anche il glucosio di una buona fabbrica ben asciutto.

Naturalmente bisogna fare attenzione nel passare il liquido da una provetta all'altra di misurare esattamente colla pipetta, e di non perderne, quantunque per le successive diluizioni gli eventuali errori verrebbero sempre a ridursi e non a moltiplicarsi, come nel metodo della misurazione diretta sopra una piccola quantità.

Certo il metodo non può avere una precisione tale da soddisfare il chimico, ma io lo credo sufficiente per i bisogni della clinica dove non interessano di solito le differenze minimissime, e le numerose prove di controllo col metodo già accennato di Causse e Bomans, e con quello della fermentazione alcoolica mi hanno dato risultati corrispondenti.

RIASSUNTO.

L'A. propone: un metodo di ricerca dell'acetone con reattivo formato da quadratini di celluloide colorata; un artificio per rendere limpide le orine torbide; un metodo colorimetrico di dosaggio del glucosio.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Elettroliti e regolazione dell'acqua.

(W. KEMPMANN. *Medizin. Klinik*, n. 48, 1929).

Ogni interpretazione unilaterale appare insufficiente a chiarire un problema così complesso come quello delle leggi e delle forze che presiedono al comportamento dell'equilibrio dell'acqua in stati normali e patologici; ed ugualmente insufficienti sono i tentativi di chiarirlo con concetti puramente fisici, quali l'osmosi e la pressione capillare. Infine, per quanto interessanti, le ricerche praticate su parti isolate dell'organismo non possono avere che un valore assai relativo per la soluzione di questioni che dipendono da un meccanismo così complesso.

Anzitutto hanno grande importanza le modificazioni della struttura colloidale, in quelli che si devono considerare come veri e proprii confini funzionali fisiologici, ma che pure hanno una propria forma, anatomicamente definibile: gli endoteli capillari e reticolari.

Infatti a somiglianza delle fasi colloidali *in vitro*, le cellule endoteliali soggiacciono, per modificazione del loro mezzo fisico-chimico (sangue, tessuti), a un mutamento continuo della loro struttura che, naturalmente, influenza la loro permeabilità per l'acqua e per i sali.

Lo studio della permeabilità cellulare apre d'altra parte la via ad interessanti osservazioni sulla nutrizione e sul ricambio delle cellule stesse; e poichè sappiamo che il ricambio di ogni singola cellula, attraverso l'ordinamento delle sue fasi colloidali, modifica insieme colla sua struttura anche la sua permeabilità per l'acqua, l'esame della normale od alterata permeabilità delle pareti vasali all'acqua diviene il punto nodale della spiegazione di molte sindromi coordinate di alterato scambio delle sostanze e dell'acqua.

Volendo occuparci dell'influenza degli elettroliti sul movimento dell'acqua dobbiamo ricordare che una modificazione dell'equilibrio dinamico del movimento dei sali e dell'acqua deve colpire l'organismo in tutta la sua compagine colloidale, e si comprende così che il comportamento armonico di tutti i sistemi colloidali, sia strutturali che amorfi, rispetto all'acqua, dipenda da un'unica regolazione (importanza dei centri ipotalamici e influenze psichiche); probabilmente esiste anche una regolazione funzionale.

Appare dunque assai verosimile l'ipotesi che il mezzo elettrolitico rappresenti il legame ultimo tra gli impulsi centrali nervosi e vegetativi centrali ed ormonici da un lato e i colloidi idrofili dall'altro; il vario aggruppamento degli elettroliti modifica la struttura colloidale delle albumine e quindi la direzione del movimento dell'acqua.

TESSUTI. — Data la complessità delle proprietà fisico-chimiche del connettivo del corpo non è facile accertare qual sia la direzione che gli elettroliti determinano nello scambio dell'acqua a livello dei capillari. Gli antichi, semplici concetti di osmosi e di diffusione delle sostanze vanno perdendo terreno di fronte alla concezione attuale fisico-chimica della struttura colloidale dei tessuti, per cui essi sono dei sistemi altamente differenziati in eterogenei e plurifasici di colloidi idrofili e di lipoidi; e sia lo sviluppo delle superfici, sia le energie elettromotrici sembrano avere grande importanza sullo scambio non solo tra cellule e liquidi, ma anche tra una cellula e l'altra.

Oggi si ammette quindi che il contatto e l'alternanza delle tensioni e delle energie nelle superfici periferiche abbiano una influenza decisiva sul comportamento reciproco (permeabilità). E poichè gli *anioni* sono scambiati senza impedimento in piena equivalenza molecolare, si considereranno i *cationi* come i regolatori della « semipermeabilità » delle cellule.

Nella vita le oscillazioni delle tensioni superficiali vanno considerate non come un equilibrio statico, ma come un equilibrio estremamente labile, dinamico in rapporto a sostanze che « agiscono sulle superfici » e mutano in modo reversibile e continuo la tensione superficiale in tutti i sistemi in questione.

Gli studi di Rona e di Micaelis hanno messo in evidenza che gli ioni H e OH hanno una alta forza di assorbimento e una grande attività superficiale e che, tra gli alcali-ioni, la maggiore attività spetta agli ioni plurivalenti in confronto agli univalenti.

D'altronde non si è ancora spiegato come si debba calcolare l'influenza degli elettroliti sulle grandi superfici nel connettivo, come sia da interpretare il rapporto tra assorbimento fisico e processo chimico e sopratutto se sia possibile che, sotto l'azione di forze elettromotorie, singoli ioni possano essere distaccati dalle loro combinazioni molecolari nel mezzo circostante.

Particolarmente complicato appare il comportamento degli elettroliti nei tessuti di « deposito » dove lo scambio dei sali e dell'acqua si svolge in un sistema di cavità capillare e che soggiacciono perciò alle leggi della « capillarità » e dell'« elettrosmosi ».

Il mezzo elettrolitico del liquido dei tessuti esercita una certa influenza sulla parete dei capillari e Loeb ha dimostrato che questi scambi elettromotori tra la parete ed il liquido rinforzano o trasformano la osmosi normale.

Un'altra proprietà fisica del connettivo sta in intimo rapporto con il mezzo elettrolitico, ed è la sua capacità di « rigonfiamento ». Schade e la sua scuola hanno studiato la pressione di rigonfiamento come un elemento dinamico nel movimento dell'acqua nei tessuti e dai loro studi risulta la dipendenza della struttura del colloide dagli ioni H e OH, e il rigonfia-

mento antagonistico delle fibre e della sostanza fondamentale nei mezzi alcalini e acidi; tra gli anioni lo iodio mostra il più forte potere di « rigonfiamento », il fosfato il più piccolo; tra i cationi gli ioni Na e K portano al « rigonfiamento », quelli bivalenti alcalino-terrosi (Ca, Mg) all'afflosciamento.

VIE SANGUIGNE. — Bisogna ora passare ad osservare il sistema delle membrane capillari, frapposte come una barriera tra sangue e tessuti; grande è perciò la loro importanza per lo scambio tra l'uno e gli altri, e interessanti i loro rapporti col mezzo elettrolitico.

Dalle primitive semplici vedute di Malpighi le nostre conoscenze sulla struttura della parete dei capillari si sono grandemente ampliate; quando con Haydenhain si ammise che gli endoteli capillari avessero una propria attività secretoria, i concetti di osmosi e di filtrazione apparvero troppo semplici per spiegare lo scambio tra sangue e tessuti e le nostre tendenze attuali vedono nella permeabilità all'acqua e alle sostanze un'attività dell'endotelio che obbedisce a leggi fisico-chimiche.

E. Müller definiva la massa degli endoteli reticolo-capillari « come un porto di commercio dell'*hinterland* dei tessuti con le grandi arterie del traffico mondiale ». Questi endoteli sono dotati di una attività « vitale » e di una straordinaria capacità di adattamento, come si vede sopratutto nelle glandole endocrine.

Ammettendo l'ipotesi di un complesso fisicochimico di stimolazione, mutamento di struttura ed attività biologica della cellula endoteliale, anche la permeabilità della parete vasale verrà a dipendere da quelle stesse leggi che abbiamo già visto regolare il ricambio dell'acqua e dei sali nei tessuti. Si dovrà tener conto dei fattori elettro-cinetici del movimento dell'acqua e dei sali nei loro rapporti con le tensioni del substrato della parete e della soluzione che deve traversarla, con l'influenza di assorbimento ionico della membrana, ecc.; e infine il ricambio materiale della parete capillare e la sua influenza sulla sua struttura molecolare e sulla sua capacità di legarsi all'acqua, avrà certo la sua importanza nel regolare lo scambio dei sali e dell'acqua.

Per chiarire meglio la straordinaria sensibilità della parete dei capillari alle modificazioni del mezzo ionico occorre precisare i caratteri della soluzione elettrolitica al di qua e al di là della membrana; noi sappiamo che, durante la vita, la costituzione ionica del sangue è mantenuta costante da una delicata regolazione, e che esistono momenti in cui la disposizione degli elettroliti in rapporto alla membrana dell'endotelio può regolarsi indipendentemente dalle comuni leggi dell'osmosi e della diffusione.

Avviene così che il sistema di « scambio » ponga in rapporto una soluzione elettrolitica non colloidale (liquido dei tessuti) con una colloidale (plasma del sangue) e che, per leggi fisico-chimiche (equilibrio di Donnan), la disposizione degli elettroliti al di qua e al di là della membrana si produca in modo ben definito; e si ammette che i colloidi del plasma come elettroliti amfoteri, in ambiente leggermente alcalino presentino una facile dissociazione elettrolitica e, con azione anodica, si leghino ai cationi salini. Poichè d'altra parte, per la legge di Donnan, gli anioni colloidali non diffusibili e gli elettroliti del mezzo con uguale carica, diffusibili, si respingono a vicenda, ne consegue che il modo di disporsi degli anioni e dei cationi al di qua e al di là della membrana dipende dal numero degli elettroliti colloidali dissociati e questi a loro volta dipendono dalla concentrazione di ioni H nel sangue. Si comprende così che anche prescindendo da grossolane modificazioni nell'equilibrio dei sali e dell'acqua la cellula endoteliale in contatto con i mezzi adiacenti è continuamente esposta a piccole oscillazioni del suo equilibrio metabolico e funzionale. Dato tutto quello che noi sappiamo sulla influenza che il mezzo ionico esercita sulla permeabilità della parete è chiaro che queste minime oscillazioni ioniche al di qua e al di là della parete del vaso, modificano indubbiamente la variabile sua permeabilità.

Hamburger ha dimostrato sperimentalmente che la presenza di cationi K favorisce notevolmente la permeabilità, quella dei cationi Ca la diminuisce. Clinicamente è già utilizzata questa proprietà del calcio nel prevenire o nel curare le essudazioni nella cute e nelle cavità sierose.

Lo stato fisico-chimico sempre mutevole del plasma del sangue eccita la cellula endoteliale al suo passaggio di acqua e di sali; per il ricambio dell'acqua va considerato oltre al numero e al grado di dispersione delle particelle di plasma del sangue il modo con cui si legano all'acqua (grado di rigonfiamento o di idratazione) che, come « pressione osmotica », è sempre in equilibrio dinamico coi colloidi dei tessuti e dei reni. La pressione osmotica dei sali del sangue e la costellazione degli elettroliti hanno un'influenza rispettivamente fisica e fisico-chimica sulla « pressione oncotica » del plasma; gli elettroliti influenzano anche la viscosità, la velocità di ultrafiltrazione e la pressione oncotica dei colloidi idrofili, arrestando la filtrazione e rinforzando la pressione oncotica press'a poco nell'ordine seguente:

Anioni: Citrato, Solfato, Acetato $< Cl < Br < NO_3 < I < CN$.

Cataioni: $Ca < Li < Na < K$.

Nella serie dei cataioni dunque gli ioni Na e K legandosi ai colloidi idrofili del sangue ne provocano l'ingrossamento e il rigonfiamento, quelli Ca l'impiccolimento e la disidratazione.

Infine la quantità degli elettroliti liberi da colloidi del sangue è indicata anche dalla capacità di fissazione dell'acqua dei singoli elet-

troliti colloidali; poichè i colloidi Na legano più acqua degli altri (K, Ca, Mg) questi ultimi vengono ad acquistare una grande importanza per la cessione di acqua dei colloidi del plasma, perchè possono essere considerati ioni liberi, osmotici e di un'azione antagonistica alla pressione di rigonfiamento delle albumine.

Reni. — L'influenza degli elettroliti e della loro variabile compagine sulla cellula colloidale del rene non è ancora ben nota, bisogna però ammettere che impulsi nervosi ed umorali regolino gli spostamenti degli elettroliti nelle fasi di confine del rene e perciò modifichino i vari processi che sono alla base della formazione dell'urina: la filtrazione, la diffusione, il rigonfiamento.

Inoltre noi dobbiamo pensare che i rapporti tra gli ioni e i colloidi renali variino col variare della struttura anatomica delle parti del rene; così probabilmente l'influenza degli elettroliti sulla filtrazione dell'acqua e sulla diffusione dei cristalloidi si effettuerà a livello dei glomeruli in maniera identica a quella che si verifica in altri distretti sanguigni; d'altra parte la cellula renale assumerà dal mezzo elettrolitico l'energia e le modalità del suo proprio lavoro chimico (ricambio materiale) e del suo comportamento strutturale (variabilità della struttura colloidale, permeabilità e diuresi), e di tutte in genere quelle reazioni che costituiscono e caratterizzano l'attività specifica della cellula renale: la secrezione.

Gli studi istochimici di Keller hanno provato che i tubuli sono forniti di una carica elettrica fortemente negativa, riassorbono elettrosmoticamente l'acqua e il cloruro di sodio ma respingono l'urea anaionica, mentre le membrane dei glomeruli, la cui carica è inizialmente positiva, vanno assumendo una carica negativa durante la filtrazione del plasma.

Oltre all'azione degli ioni va poi tenuto conto dei sali con le loro proprietà e pressioni osmotiche, che indicano il rispettivo grado di diffusibilità; quanto più indiffusibile è il minerale (solfato), tanto più la sua energia osmotica si fa sentire, attirando a sè acqua; quanto più è diffusibile (cloruro di sodio), tanto più esso è riassorbito a livello del sistema canalicolare, risparmiando acqua. Si comprende facilmente che l'azione degli ioni e quella dei sali si influenzano a vicenda, come dimostra la prolungata somministrazione di soluzioni saline, che dapprima eccitano la diuresi idrosalina, ma poi stancano il rene provocando invece una ritenzione forse per una concentrazione di ioni K e Ca che ostacolano la permeabilità delle membrane renali all'acqua e ai sali.

Le ricerche di Hamburger e di Brinkmann hanno accertato la dipendenza del filtro renale dal mezzo elettrolitico, e quelle di Hartwig hanno dimostrato che, nella rana, una prevalenza di ioni K aumenta, ed una di ioni Ca diminuisce la secrezione urinaria, cioè che la deviazione della concentrazione del pH verso il lato acido favorisce lo svuotamento dell'urina, mentre la deviazione verso il lato alcalino ha una azione opposta.

Correlazioni. — Gettando adesso uno sguardo complessivo sulle relazioni che passano tra gli elettroliti e i tre sistemi colloidali, del connettivo, del sangue e del rene, noi possiamo avere un concetto della influenza che gli ioni esercitano sullo scambio dell'acqua nei singoli sistemi. Abbiamo già veduto che lo ione Na per la sua grande affinità con gli elettroliti colloidali favorisce in generale la ritenzione dell'acqua nei tessuti e nel sangue, lo ione Ca esercita invece un'azione opposta e lo ione K pur determinando colloido-chimicamente il rigonfiamento cellulare, agisce favorendo il rapido passaggio e la liberazione dell'acqua e quindi la diuresi.

Osservazioni del ricambio minerale, che riguarda appunto le particelle di sali distaccate (elettroliti), ci permettono di comprendere meglio i rapporti tra le oscillazioni elettrolitiche e quelle dell'acqua. Anche nel ricambio minerale esistono leggi che regolano i rapporti tra elettroliti e miscele elettrolitiche, il comportamento degli ioni con i mutamenti del ricambio dell'acqua e l'antagonismo ionico, quello stesso appunto che abbiamo studiato nei sistemi colloidali e che regola anche la fase liquida del ricambio dei minerali.

Anche il problema del contrasto tra gli antagonismi ionici sembra schiudersi ad una interpretazione neuro-vegetativa, come ha recentemente dimostrato Kroetz, osservando la sensibilità degli antagonismi ionici (*quozienti ionici*) ai veleni del vago e del simpatico.

Anche i dati già acquisiti sulla influenza degli ioni sui corpi colloidali sistematizzati ci chiarisce i rapporti tra gli ioni e lo scambio dell'acqua; anche qui, nella fase vitale del ricambio dei minerali, i cataioni mostrano una grande importanza nell'assunzione e nella cessione dell'acqua. Lo ione Na agisce in generale attirando l'acqua, non solo in unione con cloro, ma anche con altri anioni; esso provoca idremia, aumento della pressione e ostacola la diuresi; acquista infine una speciale importanza nel rigonfiamento dei tessuti « acidotici » (diabete): lo ione potassio provoca sempre, anche in unione con diversi anioni, diuresi, ispessimento del sangue e caduta della pressione; ed è in grado di rendere negativa la bilancia del Na, e di cacciare lo ione Na dall'organismo. L'affinità del Na per la ritenzione di acqua nei tessuti, l'azione antagonista del K, illustrano le ricerche del Boks che potè dimostrare che la deposizione del Na e la sua eliminazione per opera del K si effettuano in seno ai tessuti e che il Na in infusione con uguale quantità

di K veniva dapprima trattenuto poi eliminato, e, per il prevalere del K, si determinava la diuresi.

Speciale importanza ha lo ione Ca in rapporto all'assunzione dell'acqua da parte delle sostanze colloidali; analisi minerali e studi anatomici hanno rivelato la presenza di altissime concentrazioni di ioni Ca nei punti di particolare consistenza colloidale (ossa); analisi minerali e lo studio dello sviluppo hanno poi dimostrato che esiste un rapporto quantitativo inverso tra la ricchezza d'acqua dell'organismo e il contenuto in calcio delle ceneri. La mineralizzazione del Ca ha sempre un'influenza negativa sulla bilancia dell'acqua, essa provoca diuresi, ispessimento del sangue, caduta della pressione. Lo ione Na si lascia respingere non solo dal K, ma anche dal Ca; d'altra parte un afflusso abbondante da Na porta ad un aumento dell'eliminazione del Ca. La posizione dello ione magnesio nell'equilibrio minerale-idrico non è ancora ben chiarito. È chiaro che tutte le oscillazioni elettrolitiche ora descritte e le corrispondenti modificazioni idriche dipendono non solo dalle miscele elettrolitiche introdotte, più o meno unilaterali, ma anche e sempre dal contenuto in minerali e in acqua dell'organismo, cosicchè, secondo le circostanze, il NaCl può portare alla diuresi o anche essere deposto « asciutto ».

Particolare interesse ha la questione se l'influenza di mineralizzazione dei singoli elettroliti si esplichi sul turbato equilibrio dell'acqua nello stesso senso in cui si esplica sull'equilibrio normale; cioè se l'azione dello ione Na coincida con una negatività della bilancia idrica e quella dello ione K e del Ca con la sua positività. L'azione idropigena della ritenzione dei sali è legata non tanto al Cl, quanto al Na; esso favorisce dunque, anche in unione con altri anioni, la formazione degli edemi; al contrario i sali di K svuotano i depositi idrici (edemi) nei tessuti dei renali, dei cardiaci, dei cirrotici e dei cachettici; tuttavia, perchè il K possa esplicare la sua azione di svuotamento occorre che il rene possegga una funzione normale, perchè una ritenzione patologica di K non solo porta ad una intossicazione, ma favorisce la comparsa degli edemi.

Sul destino dei sali di Ca introdotti nell'organismo le opinioni sono ancora incerte e divise; indubbiamente essi hanno la proprietà di scacciare dai tessuti « di deposito idrico » il Na, e forse anche rimuovono lo spasmo dei capillari renali; molti autori hanno ottenuto nei renali un aumento cospicuo della diuresi con la somministrazione di alte dosi (11-19 gr.) di Cl_2Ca quotidiane; però Falta ed altri hanno osservato invece nelle « sclerosi maligne » e nelle nefriti acute un peggioramento delle condizioni del rene in seguito alla somministrazione del Cl_2Ca.

Riassumendo, l'azione dei cataioni sugli organismi edematosi si esplica nel modo seguente: lo ione Na peggiora in ogni caso la disturbata bilancia idrica, il K e il Ca la migliorano, purchè non esistano danni notevoli, sopratutto acuti, del rene.

Lo studio dei rapporti tra il comportamento degli elettroliti e la diuresi da corpi purinici, non è ancora molto avanzata; Gunzburg ha trovato che la caffeina esplica un'azione diuretica più vivace in ambiente acido che in ambiente alcalino, e Oehme ha osservato che la teofillina e l'eufillina sono più attive in ambiente alcalino che acido; donde la possibilità di una scelta dei diuretici (corpi purinici), a seconda del grado di reazione dell'urina. Si comprende che, oltre gli ioni H e OH, anche i cataioni e sopratutto gli elettroliti « attivi » K e Ca possano modificare la diuresi purinica, sopratutto se si pone in rapporto questa diuresi con una mobilizzazione dell'acqua extra-renale; le ricerche di Kempmann e di Menschel hanno dimostrato che l'aggiunta di Ca alla eufillina è assai raccomandabile e suscettibile di un'applicazione pratica.

L'azione parallela dei cataioni attivi (K e Ca) e delle sostanze puriniche appare così meglio comprensibile: gli uni e gli altri modificano il sistema biologico delle fasi di tensione concorrenti e quindi i rapporti elettrocinetici tra le membrane dei corpi e l'attraversamento dei liquidi; sono in grado, nello stesso modo, di modificare l'osmosi in senso positivo o negativo, e abbassano ugualmente la tensione superficiale dell'acqua. Questo vale così per la caffeina, come per altri alcaloidi « attivi sulle superfici »; Clowes ha dimostrato che il Ca è un riduttore di superficie (l'aggiunta di Ca al sistema di fasi di una emulsione idro-oleosa, provoca un perturbamento delle fasi stesse, e porta ad una emulsione oleosa-idrica). Tali mutamenti di fasi provocate dai cationi hanno una importanza fondamentale nella stimolazione e nell'attività delle cellule, con speciale riguardo all'assorbimento del Ca in sistemi ricchi di lipoidi (sistema nervoso, reticoli-endotelii).

Resta però ancora incerto se l'azione parallela dei corpi purinici e degli ioni abbia una influenza anche sulla idratazione dei colloidi e in che modo i rispettivi meccanismi di azione fisico-chimici si incontrino e si comportino reciprocamente in seno ai tre sistemi del connettivo, del sangue e dei reni.

V. SERRA.

Significato dell'equilibrio acido-basico nel sangue.

(JOHN MARRACK. *The Lancet*, n. 11, volume II, 1929).

Acidosi. Si parla di acidosi quando la concentrazione dei bicarbonati nei liquidi del corpo è ridotta per ritenzione di acidi o perdita di basi: per scoprirla, è necessario ricorrere alla misura dei bicarbonati del plasma o del sangue, pur ricordando che essi possono essere

ridotti a scopo puramente compensatorio, allorchè la concentrazione dell'acido carbonico è stata ridotta dalla sovrarespirazione.

La causa dell'acidosi è talora ovvia (chetosi diabetica), in altri casi è oscura: ad es. nell'anestesia, dove si ha una moderata riduzione dei bicarbonati del plasma senza che nulla la spieghi: il pH del sangue è normale.

Sia la misura dei bicarbonati del plasma che quella del pH sono egualmente assai difficili.

Nell'acidosi, c'è sempre una riduzione compensatoria di acido carbonico libero, ma tuttavia il pH non è sempre riportato al normale.

Siccome, d'altra parte, l'anidride carbonica nell'aria alveolare ha una tensione proporzionale al tasso di anidride carbonica disciolta nel plasma come acido carbonico, detta tensione, nell'acidosi, è ridotta: la quantità di CO_2 per 100 cmc. di plasma è, normalmente, di 65-55 cmc., mentre nell'acidosi è di 14-45 cmc.

L'acidosi può aversi anche per accumulo di qualche acido che non è velenoso a piccole concentrazioni: per esempio l'acido fosforico e il solforico in casi severi d'insufficienza renale. Il valore più basso del pH in un uomo, 6-7, fu trovato in un nefritico poco prima della morte.

Alcalosi. C'è aumento del pH e si hanno quei disturbi che occorrono nella iperpnea volontaria o alle grandi altezze: cefalea, stanchezza, insonnia; poi coma, tetania, convulsioni.

Sue cause più frequenti sono la perdita di acido idroclorico col vomito, e le somministrazioni di alcali a scopo terapeutico (ulcere dello stomaco ad es.): la cura alcalina deve essere arrestata appena l'urina cessa di avere una reazione acida: il miglior mezzo d'indagine è il rosso di metile.

L'alcalosi può essere scoperta e misurata solo colla misurazione dei bicarbonati del sangue o del plasma, o con quella del pH. La CO_2 può salire fino a oltre 100 cmc. per 100 cmc. di plasma. L'alcalemia (aumento del pH nel sangue) si può diagnosticare solo con la misura del pH nel sangue. L'asma renale appartiene a una simile condizione ed è dovuta a modificazioni della irrorazione dei centri respiratori, non all'acidosi.

Chetosi. È la comparsa di corpi acetonici nelle urine e occorre quando il rapporto dei carboidrati metabolizzati ai grassi metabolizzati è basso; non si deve parlare in questi casi di acidosi, perchè essa non è accompagnata da alcuna riduzione dei bicarbonati del plasma o del sangue, e viceversa si può avere iperformazione o ritenzione di acidi senza che compaiano corpi acetonici nelle urine.

Ellis descrive un caso tipico di paziente nettamente chetonico e con elevatissimo tasso di bicarbonati nel sangue (alcalosi).

La reazione di Rothera, al nitroprussiato, dovrebbe essere sempre usata, giacchè vale sia per l'acetone che per l'ac. diacetico.

La reazione del percloruro di ferro è data anche da altre sostanze, sopratutto acido salicilico e suoi derivati (aspirina).

Noi ci gioviamo delle sfumature di colore di queste due reazioni per calcolare la quantità dei corpi chetonici eliminati colle urine; ma si tratta naturalmente di un metodo non completamente soddisfacente. Si può invece ricorrere al dosaggio dell'ammoniaca nelle urine, che è in rapporto ben definito con i corpi acetonici: l'urina deve essere raccolta per 24 h. e preservata col toluolo da fenomeni fermentativi batterici.

Infine il dosaggio dei corpi acetonici ritenuti nei liquidi del corpo avrebbe un'importanza maggiore di quello dei corpi eliminati coll'urina: ma il metodo di dosaggio è estremamente lungo e difficile; l'A. consiglia di applicare, a tale scopo, la reazione del nitroprussiato al filtrato ottenuto nel metodo Folin-Wu per il dosaggio dello zucchero.

V. Serra.

SISTEMA NERVOSO.

La cisticercosi cerebrale.

(P. Schmite. *Annales de Méd.*, vol. XXIV, n. 3, 1928).

Bene nota in Germania ove i trattati la descrivono estesamente; ben studiata in Italia e recentemente nell'America del Sud, pare poco nota in Francia ove è considerata, forse a torto, molto rara.

La cisticercosi umana fu riconosciuta di natura parassitaria solo nel 1686 da Hartmann. Il primo lavoro sulla localizzazione cerebrale è di Aran nel 1841. Nel 1890 Bitot e Sabrazès studiarono il cisticerco racemoso. Nel 1903 Salvator, nel 1906 Bruns fecero ottimi studi su ciò. Dopo la letteratura si accrebbe notevolmente di pregevoli lavori.

Etiologia. Vi deve essere penetrazione nello stomaco dell'uomo di uova di tenia solium; ora poichè questa ha per suo ospite intermedio abituale il maiale e non l'uomo, la cisticercosi umana deve essere considerata un ciclo evolutivo anormale. Si deve ricordare la possibilità di una auto-infestazione per ingestione di uova del proprio tenia, sia per uova che dall'intestino risalgano nello stomaco in seguito a moti antiperistaltici.

Anatomia patologica. Si devono, secondo l'A., distinguere due specie di lesioni: le lesioni meningee, e le lesioni cistiche.

Lesioni meningee: queste possono avere due localizzazioni predilette, la base del cervello e la regione spinale posteriore. La meningite basilare è lardacea e gommosa, può essere di uno spessore di 3-5 mm. e simulare una meningite

cronica tbc. o luetica. Le lesioni meningee spinali si localizzano sopratutto alla faccia posteriore del midollo, con un massimo nella regione cervico-dorsale, non oltrepassano mai il legamento dentato. È data da piastre sottili che si dissociano con facilità mostrando in alcuni punti piccole intumescenze biancastre che non sono altro che vescicole cistiche. Un esame istologico darà la conferma dimostrando i tre strati: chitinoso, celluloso, parenchimatoso.

Le lesioni cistiche possono avere sede in qualunque punto dell'encefalo, più importanti sono le cisti della faccia esterna degli emisferi perchè chirurgicamente aggredibili.

Come lesioni speciali van poi ricordate le alterazioni vascolari, cioè l'endoarterite che ricorda le forme luetiche, e la cisticercosi ventricolare che provoca una ependimite granulosa, ed una idrocefalia più o meno intensa di diagnosi assai difficile.

Studio clinico. Si possono distinguere: delle *forme cliniche*: e cioè una forma cistica coi segni abituali dei tumori cerebrali, una forma psichica ed una meningea; e delle forme *anatomiche* cioè le ventricolari e le midollari e meningee spinali.

La forma cistica (= tumore cerebrale) dà segni di ipertensione cronica e poi segni vari di localizzazione. Frequentissimi segni sono la epilessia e la cefalea. Le crisi convulsive avrebbero per carattere di apparire bruscamente in età avanzata della vita, di sopravvenire spesso senza fenomeni paralitici nè altre manifestazioni cerebrali; di essere spesso localizzate, variabili per aspetto e per evoluzione. Nessuno di questi caratteri è tale da fare la diagnosi. La cefalea è generalizzata, diffusa, continua con parossismi.

La forma meningea è assai importante per la gravità essendo quasi sempre mortale, e perchè induce in facili errori, specie con la meningite luetica. Gli aspetti possono essere assai varii, però fondamentalmente si hanno: disturbi sensitivi (cefalea, iperestesia cutanea generalizzata); disturbi motori (convulsioni, paralisi, turbe dell'equilibrio e della deambulazione); disturbi psichici. A questi tre ordini di fenomeni si possono aggiungere lesioni dei n. cranici, specie del VI e del III paio; disturbi pupillari con midriasi o miosi o rigidità pupillare, fino ad una vera nevrite ottica con stasi papillare. Tutto si aggrava in un tempo variabile e la morte si ha improvvisamente o lentamente in coma.

Forme psichiche. Si hanno frequentemente fenomeni depressivi, cioè apatia, fatica, diminuzione dell'attività intellettuale, talora stato stuporoso, confusionale con incoerenza. Spesso si hanno disturbi della memoria, sia come amnesia parcellare, sia con quadri simili alla sindrome di Korsakoff. Comune è il disorientamento nel tempo e nello spazio.

Forme ventricolari. È sopratutto colpito il IV ventricolo. Il quadro è dominato dai fenomeni di idrocefalia e ipertensione cranica: cefalea, vomito, polso raro. Alcuni AA. dànno importanza per la diagnosi di cisticercosi ventricolare, ai due seguenti segni: le attitudini anormali della testa; l'esagerazione della cefalea, vertigini, vomito in certi cambiamenti di posizione del capo. Sono segni molto frequenti invero, ma possono aversi anche per altri tumori aventi la stessa sede. L'evoluzione progressiva e grave di questa forma sarebbe interrotta da migliorie e remissioni. Vi può essere morte improvvisa.

Forme midollari e meningee spinali. Frequenti, anatomicamente parlando, possono sfuggire alla clinica, e decorrere del tutto latenti.

Evoluzione generale. Tre punti sono da notare: l'aggravamento progressivo, la guarigione che è possibile per morte e calcificazione della cisti, e la morte improvvisa che è frequente.

Diagnosi. Clinicamente difficilissima, vi si deve subito pensare quando esiste una cisticercosi generalizzata e sopraggiungono fenomeni nervosi, o il paziente è portatore di tenia intestinale (possibilità di autoinfezione). Se no, nelle forme con ipertensione cranica si penserà a tumore cerebrale in senso lato; nelle forme meningee alla lues o alla tubercolosi, mentre nelle forme psichiche è facile essere deviati per una psicosi tossi-infettiva, una demenza precoce, o pensare a una paralisi generale.

La diagnosi biologica assume la massima importanza.

Purtroppo l'eosinofilia è incostante nelle forme di cisticercosi cerebrale. Più importanti sono la cuti- e la sottocutireazione. (Sopratutto la *sottocutireazione di Pontano*, che è di assai facile esecuzione, non si ha mai nei sani ed è invece nettamente positiva nei due terzi circa dei portatori di echinococco, e si mantiene anche per tre, quattro settimane dopo l'operazione di asportazione della cisti. *N. d. R.*). Utile anche la reazione di fissazione del complemento. L'A. dà poi grande importanza alla puntura lombare. Essa può dare due risultati; nella forma cistica pura si avrà il quadro comune a tutti i tumori cerebrali, cioè liquor iperteso, iperalbuminoso, con discreta reazione cellulare. Nelle forme meningee, il liquor è chiaro e lievemente iperteso, l'albuminosi tra il 0,40-0,75. Pandy e Werchbrodt spesso sono positive: sopratutto c'è sempre reazione cellulare importante, fino a 50-300 elementi alla cellula di Nageotte. L'esame batteriologico è negativo, idem la R. Wassermann. Talora esiste eosinofilia.

La reazione benzoino-colloidale è positiva nei primi 10-12 tubi.

La R. W. negativa esclude la lues; il b. di Koch assente esclude la tubercolosi. Gli ascessi

cerebrali dànno una formula citologica a polinucleari, non linfocitaria con eosinofilia possibile. I tumori cerebrali infine si caratterizzano per una dissociazione albuminocitologica.

La *diagnosi anatomica*: non è sempre facile neppure essa.

La *terapia* è anzitutto profilattica: poi non può essere che chirurgica; tuttavia alcuni AA. avrebbero avuto qualche buon esito con uso prolungato di estratto etereo di felce maschio. La radioterapia e la radiumterapia avrebbero dato qualche buon risultato, ad ogni modo meritano certo di venire meglio studiate.

L. TONELLI.

Tumori dell'ipofisi e sue adiacenze e vie di accesso.

(F. RUPP. *Deut. Zetsch. f. Chir.*, 1929, volume 215, fasc. 3-5).

L'A. passa in rassegna 9 casi di tumori ipofisarii, soprasellari, delle fossette olfattorie, del peduncolo e dell'ipotalamo, di cui 5 solo furono operati nella clinica di Lexer, gli altri avendo un'estensione e delle aderenze con le regioni vicine che rendevano impossibile una asportazione radicale.

Si trattava in genere di tumori ad accrescimento lento e istologicamente di scarsa malignità: adenomi, gliomi, endoteliomi (meningiomi). Questi ultimi costituiscono tutto il gruppo dei tumori delle fossette olfattorie.

La sintomatologia si riassume quasi completamente in quella dei tumori ipofisarii tranne che nei tumori delle zone adiacenti mancano generalmente (ma non sempre come dimostrò Erdheim) quei segni di ipo- o iperpituitarismo che caratterizzano i neoplasmi dell'ipofisi.

Come vie di intervento usate nella Clinica di Lexer l'A. descrive quella transfrontale (raccomandata anche recentemente da Adson) e che dà molta luce per le varie zone interessate da questi tumori, e quella transfenoidale.

V. GHIRON.

ORGANI DIGERENTI.

Natura e diagnosi della stitichezza.

(G. EVANS. *British Medical Journal*, 7 dicembre 1929).

La stitichezza può essere definita come un ritardo anormale del passaggio dei residui alimentari attraverso l'intestino grosso.

I sintomi della stitichezza possono distinguersi in tre gruppi: quelli riferibili a disordini della funzione dell'intestino grosso, quelli riferibili a disturbi delle altre parti del tubo digerente, quelli riferibili ad altri organi e sistemi.

I sintomi del primo gruppo riguardano:

1) La regolarità della defecazione: questa in condizioni normali si compie una o due, eccezionalmente, tre volte al giorno. La mancanza dell'evacuazione entro le 24 ore, e secondo alcuni entro 48 ore, costituisce la stipsi;

2) La completezza dell'evacuazione: il retto in ogni persona sana si svuota del tutto con la defecazione, ed il passaggio di questa dà un senso di pienezza nel perineo e quindi di soddisfazione; se non si svuota del tutto permane il senso di pienezza e d'insoddisfazione;

3) La consistenza delle feci: la durezza delle feci rende il loro passaggio difficile e penoso;

4) Il volume delle feci: esso non può essere apprezzato che dalla constatazione diretta;

5) La dolenzia addominale: avvertita per lo più in senso orizzontale a livello dell'ombelico o nella fossa iliaca sinistra. Si può trattare anche di un senso di pienezza o di pressione dietro la sinfisi pubica. Sono sintomi che possono aumentare con il passaggio delle feci nell'intestino. Possono essere dovuti anche all'accumulo di gas.

Il secondo gruppo di sintomi è dovuto a disturbi funzionali delle altre parti del tubo digerente, prevalentemente gastrici ed in parte epatici: inappetenza, nausea, acidità, bruciore di stomaco, bocca cattiva specie al levarsi al mattino.

Il terzo gruppo di sintomi riguarda le altre parti dell'organismo: cefalea, astenia fisica e mentale, senso di stanchezza, umore depresso, palpitazioni, dolori reumatoidi alle gambe.

Le conoscenze sui movimenti del colon normale si sono molto precisate in seguito agli studi di Hurst. Questi ha dimostrato che il passaggio dei residui alimentari attraverso il colon è essenzialmente dovuto ad una improvvisa contrazione di tutto il colon, con la conseguenza che il contenuto intestinale è spostato come un'unica massa con la velocità di 25 cm. e più al secondo. Il meccanismo coordinatore di questo momento consiste probabilmente in un riflesso gastro-colico. La defecazione è normalmente iniziata da un atto volontario (aumento della pressione addominale in seguito a contrazione dei muscoli addominali ed abbassamento del diaframma, e contemporaneo rilasciamento dello sfintere anale). Lo stimolo alla defecazione è dato da una sensazione di riempimento del retto dovuta a rapida distensione provocata dalle feci provenienti dal colon. Lo sforzo volontario aumenta la pressione intrarettale mentre il movimento peristaltico provocato da un riflesso, il cui centro trovasi nella regione lombo-sacrale del midollo, spinge il contenuto del cieco nel colon ascendente e trasverso e progressivamente di qui nel colon discendente, nel retto e attraverso l'orifizio anale. Questo meccanismo riflesso è congenito ed ereditario. Esso può essere modificato da varie circostanze. L'atto della defecazione può essere provocato oltre che dallo

stimolo delle feci sulla parete intestinale, da altri stimoli che inizialmente agiscono contemporaneamente ma che successivamente acquistano da soli la capacità di determinare il riflesso (riflessi condizionali di Pavlow).

Gli alimenti per attraversare tutto l'intestino ed essere quindi espulsi come feci impiegano più di 24 ore, e poichè si sa che lo stomaco e l'intestino tenue si svuotano completamente, ne segue che i residui alimentari sostano nel colon per molto tempo.

Il colon oltre ad avere la funzione motoria di espulsione delle feci, ha quella importantissima di riassorbimento dell'acqua, di assorbimento dei prodotti finali della digestione. Esso è anche un organo di escrezione per i sali dei metalli pesanti, ed è anche un organo di riserva per la digestione della cellulosa a mezzo di determinati batteri.

È un pregiudizio molto diffuso quello di ritenere che l'intestino debba essere vuoto, e che si debba far di tutto per svuotarlo. In effetti è impossibile svuotare completamente il colon, e d'altra parte l'inattività della sua parete condurrebbe inevitabilmente al suo collasso.

Le due parti del tubo digerente che sono e devono essere sempre vuote sono la gola ed il retto. È noto quali molestie dia la presenza permanente di corpi estranei nella gola. La presenza di materiali solidi o gassosi nel retto provoca il bisogno di eliminarli. Quando l'evacuazione non avviene o è incompleta si ha la distensione del retto che dà un senso di fastidio locale e sintomi a distanza quali la cefalea, un senso di stanchezza e simili, che scompaiono con lo svuotamento del retto, ottenuto anche con una purga. In genere però si confonde il retto con il colon, lo svuotamento di questo non è possibile al completo, nè è necessario come per il retto.

Le su esposte considerazioni fanno ben risaltare la necessità di assodare la causa della stipsi. Al riguardo è essenziale di stabilire se la stipsi è un fatto primitivo, di escludere che essa dipende da un'affezione organica dell'intestino o da malattie di altre parti del corpo.

Dal punto di vista anatomico si distinguono due forme di stitichezza, una dovuta ad un ritardo del passaggio dei residui alimentari attraverso il colon, l'altra in rapporto ad una deficienza del meccanismo di espulsione delle feci (dischesia).

Dal punto di vista fisiologico se ne distinguono tre forme: da torpore del colon, da spasmo del colon, da atonia del colon.

Queste diverse forme assumono corrispondenti tipi clinici. Così nella dischesia rettale un senso di pienezza del retto e d'incapacità a svuotarlo del tutto, prurito anale, e altri sintomi di congestione rettale. Nella dischesia sigmoide si avrà un senso di pena nella fossa iliaca sinistra e al disopra del pube. In ambo i casi le feci sono dure e passano con difficoltà.

Nella stitichezza da disturbi del colon c'è un senso di distensione generale dell'addome, durezza e difficoltà del passaggio delle feci.

Nella forma spastica le sofferenze sono più accentuate e persistenti: dolenzia addominale specie al lato destro dell'addome e che spesso si converte in forte dolore, simulando l'appendicite o la colecistite. Il paziente presenta anche sintomi di esaurimento nervoso. Egli ha l'impressione che i residui alimentari non passano oltre l'ipocondrio sinistro e non raggiungono il retto. Le feci sono piccole e rotonde.

All'esame obiettivo nella dischesia rettale si avrà accumulo di feci nel retto. La dischesia sigmoide si accerterà nello stesso modo. In ambo le forme c'è pienezza, durezza e dolenzia alla pressione del colon iliaco. Nelle forme torpide e atoniche del colon l'addome è molle, ed il colon può essere palpato come una grossa massa, molle o dura, sensibile alla pressione.

Nelle forme spastiche tipiche il retto e l'ansa sigmoide sono pieni, lo sfintere ed il retto possono essere contratti in modo che circondano il dito esploratore come un guanto; il colon iliaco alla palpazione è apprezzato come un cordone fortemente teso, in contrasto con il cieco ed il colon ascendente che sono pieni, duri, sensibili. In tali casi la diagnosi differenziale con l'appendicite non è sempre facile. Quando c'è dolenzia dell'angolo epatico del colon la sindrome può essere confusa con affezioni della cistifellea e delle reni, ed in qualche caso lo spasmo riflesso del piloro e la ipercloridria può far pensare all'ulcera peptica.

Spesso s'impone l'esame radiologico che consente di escludere certe affezioni organiche, come la diverticulite, il cancro iniziale, ecc.

La cura della stitichezza deve avere due scopi: modificare lo stato di depressione e di apprensione del paziente, che è un effetto ed insieme una causa della persistenza del disturbo intestinale; assicurare una completa e regolare evacuazione degli intestini mediante adatte abitudini di vita e l'adeguata alimentazione.

L'importanza delle abitudini si comprende quando si consideri che la funzione intestinale dà un meccanismo riflesso che risente l'influenza di vari fattori psichici e somatici.

Nella dischesia rettale gli alimenti devono essere poveri di residui.

I lassativi devono essere presi con metodo e parsimonia. L'abuso non fa che aggravare la condizione o provocare altri disturbi. I purganti presi di sera hanno l'inconveniente di tener in attività l'intestino per tutta la notte, in un periodo cioè durante il quale l'intestino dovrebbe riposarsi. Senza dire che i purganti serali sono spesso causa d'insonnia che accentua lo stato di esaurimento nervoso e con questo il disordine intestinale. Dr.

Su alcune forme di occlusione nel colon.

(E. GILLEPSIE. *The Practitioner*, 1929).

È una breve rivista su di un vasto argomento: ma sono osservazioni frutto della esperienza personale dell'A.

Questi, dopo aver messo in rilievo il fatto anatomico da lui riscontrato sia nell'indagine radiologica, sia nel corso di operazioni, che pochi sono i punti fissi nel colon, passa in rassegna le varie forme di occlusione.

Volvolo: la causa ne è oscura; ma vi sono due caratteri comuni al colon pelvico e al ceco, tratti nei quali si verifica il volvolo, che hanno importanza nella sua patogenesi; sono questi: la libertà di movimenti e la disposizione alla distensione locale.

Secondo l'A. si avrebbe all'inizio una distensione locale dell'ansa; poscia qualche irregolarità nella peristalsi produce la rotazione.

Nel volvolo le condizioni generali del p. possono rimanere buone, ma ciò è in rapporto con le condizioni di irrorazione sanguigna dell'ansa.

Nei casi iniziali si può tentare di giovare al p. mediante abbondanti clisteri, che giovano solo però se la torsione è parziale e lassa.

Nel volvolo del colon pelvico non è saggio compiere con precipitazione operazioni radicali. L'A. quando l'intestino è vitale passa, dopo avere svolto il volvolo, un tubo rettale che guida a traverso il colon pelvico fino nel colon discendente: questo impedisce una nuova rotazione e permette il passaggio di gas e feci.

Intussuscezione: poco frequente nel grosso intestino è sempre associata ad alcune forme di tumori.

Il meccanismo di produzione sarebbe il seguente: qualche interruzione nel flusso della linfa a traverso le ghiandole causa ristagno nella parete di un tratto dell'intestino che si edematizza. Il tubo diviene semirigido e tale cambiamento influenza la peristalsi che diviene più valida nel tentativo di passare sulla porzione alterata: di qui inizia la invaginazione.

Tumori del colon: i tumori benigni sono eccezionali, generalmente si tratta di cancri.

Clinicamente si fa distinzione rispetto alla sede in: tumori del ceco; tumori del colon dall'ascendente al pelvico compreso; tumori del retto.

Nei tumori del ceco si ha infiltrazione della parete e frequente formazione di ulcere di cattivo aspetto che possono inviluppare la valvola ileo-cecale. I sintomi principali sono i seguenti: anemia marcata forse dipendente da assorbimento a traverso le ulcerazioni; diarrea; tumefazione difficilmente palpabile; sensazione subiettiva penosa nell'addome; presenza di liquido libero; mancanza di distensione delle anse. Nessun ausilio si ottiene con l'esame radiologico.

I tumori del colon ascendente, trasverso e pelvico hanno quale sintoma comune, la tendenza a causare ostruzioni. Qui i raggi X possono illuminare purchè la radiografia sia eseguita dopo che la maggior parte di un pasto opaco o di un clisma è passata, poichè allora c'è speranza che qualche residuo di bario sia rimasto nell'ulcera.

I tumori del colon pelvico inoltre sono qualche volta palpabili e causano episodi di costipazione seguita da diarrea muco-sanguinolenta.

Trattamento: si eviteranno le operazioni radicali nello stadio acuto di occlusione, ma se le condizioni del p. lo permettono si faranno anastomosi per deviare il corso delle feci. Si farà poscia ogni sforzo per tenere l'intestino a riposo ed impedire la tensione sulle suture fatte. Ciò si può ottenere mediante una fistola temporanea o introducendo dal retto un tubo.

Eccetto che come misura temporanea, ogni sforzo deve essere compiuto per evitare la colostomia.

Poichè l'esame del contenuto dell'ileo in casi di occlusione ha rivelato la presenza di abbondanti anaerobi, è stato consigliato l'uso di siero antigangrenoso da iniettarsi prima e dopo l'intervento.

Nella terapia dell'intussuscezione è essenziale, per il buon successo, una diagnosi precoce. Si cerchi di operare il meno possibile: si faccia lo svaginamento che talora, con adatte manovre, si può ottenere senza l'operazione. È necessario però in questi casi il controllo radiologico con clisma di bario. VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1).

LUCIEN, PARISOT, RICHARD. *Traité d'endocrinologie. Glande surrenale et organes chromaffines.* Doin edit. Paris, 1929, p. 710, fig. 42. Fr. 100.

Dopo i due primi volumi di questo trattato dedicati l'uno alla Tiroide, l'altro alle Paratiroidi e Timo, compare ora il volume sui surreni ed organi cromaffini.

È di notevole interesse il fatto che gli AA. hanno dato grande e completo sviluppo alla anatomia comparata ed alla embriogenesi di questi organi. Ciò aiuta alla comprensione sopratutto dei problemi fisio-patologici di cui si parla successivamente con completezza.

Anche la parte clinica è sviluppata sufficientemente. La letteratura è riportata con una certa parsimonia ma di essa è citata la parte più importante e migliore.

D. M.

PAUL TRENDELENBURG. *Die Hormone.* I. B. J. Springer, Berlino, 1929, p. 350, fig. 60. R.M. 28.

In questo primo volume viene trattata l'azione fisiologica e farmacologica degli ormoni delle ghiandole genitali, dell'ipofisi e dei surreni.

È riferito solo ciò che è stato sicuramente e scientificamente dimostrato circa l'azione degli ormoni attraverso un ampio esame della letteratura comparsa sull'argomento, specialmente negli ultimi dieci anni.

La materia è succintamente esposta con rigorosa precisione e con completezza; numerosissime citazioni bibliografiche sono riferite per ogni fatto trattato così che ad esse può ricorrere il lettore per una più diffusa conoscenza degli argomenti.

D. M.

GUILLAUME. *L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques.* II vol. Doin edit. Paris, 1929, p. 420. Fr. 36.

Questo II vol. del Manuale del Guillaume è la I parte del volume dedicato alla trattazione della Clinica delle endocrino-simpaticopatie.

Mentre nel I vol., che già recensimmo, l'A. ha svolto con precisa chiarezza la parte fisiopatologica delle malattie del sistema endocrino-simpatico, il presente volume è dedicato esclusivamente alla parte Clinica.

È libro scritto con ammirevole lucidezza e con una facilità di comprensione che, senza essere affatto schematica, dà in chiara ed aggiornata sintesi quanto di pratico e di più concreto il medico può riconoscere nel campo delle malattie delle gh. a secrezione interna.

D. M.

S. ISAAC. (*Krankheiten des Stoffwechsels*). *Diagnotische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Innere Medizin.* II ediz. Lipsia, 1929. Edit. G. Thieme. Un vol. di pag. 150.

Seguendo il piano generale dell'opera, l'A. considera brevemente la diagnosi e la cura delle malattie del ricambio e insiste specialmente sugli errori che si possono commettere sia nel dare il giudizio che, è più, nell'applicare la cura.

Il libro ha un notevolissimo interesse per il medico e specie per chi non abbia approfondito gli studi su un argomento che se ha fatto progressi enormi in pochi anni, dalla scoperta dell'insulina, è tuttora in via di continua evoluzione.

La trattazione è divisa in questi capitoli:

1) Alterazioni della nutrizione generale;
2) Diabete mellito e diabete insipido;
3) Gotta;
4) Errori diagnostici in alcune rare malattie del ricambio.

VALDONI.

E. ABDERHALDEN. *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden.* Abt. 5. Lief. 263, 1929.

La dispensa N. 263 del grande trattato (capitolo riflettente la fisiologia neuro-muscolare) consta delle seguenti quattro monografie:

W. STEINHAUSEN. *Fondamenti teorici ai metodi di esame dell'elasticità muscolare.*

E. SCHIFF. *Determinazione della velocità di conduzione neuro-muscolare e del tempo di latenza del muscolo.*

N. BERNSTEIN. *Il metodo chimociclografico per l'analisi dei movimenti.*

U. EBBECKE. *Metodi di indagine della eccitazione nervosa.*

Dal punto di vista clinico, particolare interesse hanno le due monografie dello Steinhausen e del Bernstein, le quali si riferiscono a metodi di indagine applicabili all'uomo e anche al malato. La monografia dello Steinhausen rappresenta un'esposizione abbastanza completa di tutti i metodi proposti per lo studio, se non della vera e propria elasticità muscolare (parola, la quale nel suo vero significato dovrebbe indicare soltanto una proprietà fisica e non una proprietà biologica della materia e quindi non potrebbe applicarsi al muscolo vivente) almeno della resistenza che il tessuto muscolare oppone alle forze che tentano di deformarlo: metodi statici (sclerometrici, di deformazione, ecc.) e metodi dinamici (ballistici, di torsione, di reazione). Esposizione anche critica, di interesse per chi voglia mettersi in questo difficile campo di esperienza clinica.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

La monografia del Bernstein descrive la costruzione e i risultati di uno speciale apparecchio di cinematografia momentanea, per il quale è possibile seguire graficamente i movimenti di un dato punto, p. e. di un arto, sì da averne cure particolari, che possono servire allo studio sia dei veri e proprii movimenti volontari, sia p. e. dei tremori, ecc. Apparecchio di complicata struttura, per il quale è indispensabile rimandare alla memoria originale.

G. Meldolesi.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 15 dicembre 1929.

Presidenza: Prof. F. Giugni.

Considerazioni intorno ad un caso di paralisi ascendente acuta di Landry.

F. Giugni (Lugo). — L'O. riporta la storia clinica di una malata di 17 anni che senza alcun precedente morboso e dopo lievi prodromi di malessere presentò improvvisamente una paresi dell'arto inferiore sinistro con diminuzione della sensibilità di detto arto.

Dopo due giorni anche l'arto inferiore destro divenne paretico, e successivamente l'arto superiore destro, poi il sinistro e i muscoli del tronco. Si trattava di una paralisi flaccida con abolizione dei riflessi tendinei e superficiali, assenza di dolori spontanei e scarsissima dolorabilità alla compressione dei tronchi nervosi, con decorso apirettico fino all'ultimo giorno (6°), quando per il sopravvenire di fatti bulbari che determinarono in poche ore il decesso, la febbre salì con brividi intensi oltre i 41 gradi. Restarono integre le funzioni retto-vescicali. Non si ebbero fatti meningei nè turbe a carico del sistema nervoso centrale.

L'O. riporta il suo caso a quella forma di paralisi ascendente di origine midollare che è stata descritta dal Landry nel 1850.

Sul linfogranuloma inguinale venereo.

I. Civalleri e D. Marcucci (Faenza). — Gli OO. riferiscono sopra alcuni casi di linfogranulomatosi inguinale benigna (quarta malattia venerea) capitati sotto la loro osservazione, e studiati sotto l'aspetto clinico, bacteriologico ed epidemiologico; portando un contributo alla conoscenza della non frequente e ancora insufficientemente conosciuta affezione.

Influenza e complicanze nervose.

E. Mondolfo (Cesena). — L'O. segnala una epidemia d'influenza, svoltasi durante l'inverno 1928-29, caratterizzata da una straordinaria frequenza di complicanze nervose (psicosi, forme encefalitiche con persistenti o transitorie monoplegie ed emiplegie).

Al tempo stesso richiama l'attenzione sul singolare fenomeno del neurotropismo dei virus, il quale si manifesta nelle malattie infettive in genere, intercorrentemente, per contingenze etiologiche e patogenetiche del tutto ignote.

Su di un raro caso di calcolosi dell'uretere.

A. Franchini (Santarcangelo di Romagna). — Su un malato, già operato di calcolosi e con coliche persistenti l'esame cistoscopico e radiografico, rivelò la presenza di un enorme calcolo fusiforme collocato nella porzione ileo-pelvica dell'uretere destro a un cm. dal suo sbocco in vescica.

Operato per via extraperitoneale con ampio taglio obliquo, l'O. trovò il rene corrispondente in preda ad esteso processo di uro-pionefrosi; l'uretere era enormemente dilatato, raggiungendo il calibro di un intestino tenue; il calcolo era saldamente incuneato in basso fino a toccare col suo apice inferiore la parete vescicale. Dopo il distacco di numerosissime e fitte aderenze col diaframma e col peritoneo, viene eseguita la nefrectomia, poi l'ureterectomia totale compreso il calcolo.

Decorso post-operatorio ottimo: guarigione del paziente in 23 giorni.

Il calcolo di forma irregolarmente affusolata, e del peso di 42 grammi, è uno degli esemplari più voluminosi finora registrati di calcolosi ureterale.

La febbre ondulante e la sua diffusione in Romagna.

F. Giugni (Lugo). — 1) La malattia si presenta raramente in casi isolati o sporadici, ma ordinariamente in piccoli nuclei epidemici famigliari.

2) Nelle stalle coloniche delle famiglie colpite si era sempre verificato uno o più aborti con esito di feto morto.

3) La ricorrenza primaverile nella comparsa della infezione umana (in aprile, maggio, giugno si hanno quasi sempre questi casi) conferma tali dati.

4) Nello studio clinico dei malati l'O. mette in rilievo cioè l'*ingrossamento del fegato, sempre presente, più notevole e talora più precoce nella sua comparsa di quello della milza.*

5) La varietà e la variabilità del quadro morboso della affezione non è sempre da mettersi in rapporto con la variabile virulenza del germe, ma spesso da legarsi alla possibilità e facilità con cui altri agenti patogeni possono innestarsi e sommare la loro azione nel quadro morboso durante il lunghissimo decorso.

6) Il tipo febbrile a grandi ondulazioni, che ha dato l'improprio nome alla malattia, è secondo l'O., il risultato di alternativa di sopravvento delle resistenze organiche sulla virulenza del germe con l'avvicendarsi di riaccensioni di tale virulenza.

7) La sintomatologia clinica di queste infezioni originate dal virus dell'aborto vaccinico non diversificano dalla classica sintomatologia della Febbre di Malta, di origine caprina.

8) La terapia più efficace è data, secondo l'O., dal cambiamento di clima, specie dal soggiorno in alta montagna.

Leishmaniosi interna in un marinaio reduce dalla Cina.

G. FRANCHINI e M. GIORDANO (Bologna). — Si tratta di un giovane di anni 21: O... B... di Fano il quale ha soggiornato a Tien-Tsin per 18 mesi. Ha sofferto di febbre tifoide sei anni fa. Recatosi in Cina nel luglio 1928 è sbarcato a Tien-Tsin dove è stato bene per i primi mesi. Fu colto poi da febbre continua, e nell'ospedale italiano di Tien-Tsin fu fatta diagnosi di paratifo con sierodiagnosi positiva 1:50-1:100.

Ritornato al paese natio (Fano), continuò a presentare febbre, a tipo intermittente, senza brividi e notevole deperimento organico.

Solamente in questi ultimi 4-5 mesi il malato si è accorto di un colorito speciale della cute del viso, non terreo, ma tendente piuttosto al brunastro. È ricorso alla cura di medici, i quali sospettando la febbre malarica, hanno somministrato chinino, ma senza alcun risultato.

Il dott. Caselli di Fano che ebbe a visitarlo, data la provenienza del malato pensò di inviare al nostro Istituto degli strisci di sangue, con la dichiarazione di avervi notato dei parassiti « non bene identificati ». Tali strisci esaminati qui il giorno 23 novembre mostrarono la presenza di parassiti di Leishman Donovan. Il malato ci fu gentilmente inviato qui all'Istituto dove potemmo visitarlo e prendere il sangue periferico facendo strisci e goccie spesse. Riscontrammo così, sebbene rari, tipici parassiti di Leishman in alcuni mononucleati. Al momento del reperto parassitario positivo il malato era febbricitante (38°). L'esame clinico del malato, che qui riportiamo molto sommariamente, ci ha mostrato ingrandimento notevole della milza e del fegato e quella particolare colorazione al viso, di cui più sopra abbiamo detto. L'esame del sangue mostrò una anemia non molto spiccata a tipo secondario ed una notevole diminuzione dei globuli bianchi (5000). L'esame istologico mostrò un forte aumento di mononucleati (70 %) in confronto dei poli. Negativa fu la ricerca di altri protozoi nel sangue.

Interrogato insistentemente il malato per sapere se, dove era alloggiato, vi erano degli ectoparassiti (pulci, cimici, ecc.) egli riferisce che vi erano solo numerose zanzare. Non era stato in contatto con animali domestici (cani, ecc.).

Abbiamo creduto bene di rendere noto il caso non solo per l'interesse che presenta un caso di Kala-azar in adulto diagnosticato in Italia, ma anche per far presente la possibilità che nostri connazionali che si recano a Tien-Tsin possano contrarvi l'infezione.

Questi malati ritornati in Italia infetti e non riconosciuti e quindi non curati possono essere fonti di infezione. È noto che con tutta probabilità è il flebotomo che trasmette l'infezione e tale insetto è sparso in tutta l'Italia. In tale maniera si potrebbe spiegare anche l'insorgenza di casi autoctoni in adulti come quello descritto recentemente dal Pontano in Abruzzo.

Contributo al trattamento del rene policistico.

P. LELLI-MAMI (Cesena). — Riferisce un caso di rene policistico doloroso a bilateralità latente, in una donna, nel quale fu usato il trattamento conservativo secondo Payr. La paziente aveva notevoli disturbi: dolori al fianco e qualche volta vere coliche, poliuria, pollachiuria, un basso peso specifico delle urine, edemi, cattive condizioni generali.

Il decorso post-operatorio fu ideale; il rene si ridusse notevolmente di volume, scomparvero tutti i disturbi, si ebbe un aumento del peso specifico delle urine, le condizioni generali migliorarono rapidamente.

Questi vantaggi furono immediati e perdurano a distanza di più di tre anni.

Su di un ascesso del cavo del Douglas per ferita perineale.

M. NICOLINI (Santarcangelo di Romagna). — Si tratta di un giovane di 22 anni che, in seguito a trauma, riporta una ferita perineale che si chiude dopo 3 giorni. Compaiono disturbi intestinali (senso di peso e stiramento al basso ventre) cui si aggiungono disuria e tenesmo vescicale. Mai febbre. Alla regione ipogastrica notasi una tumefazione dolente alla pressione, col punto di maggior rilievo all'unione del 3° medio col 3° inferiore della linea pubo-ombelicale. Si esegue puntura esplorativa che dà esito a pus. Un'incisione a strati, ci fa cadere facilmente sulla sacca dalla quale escono spontaneamente 500 cmc. circa di pus denso ematico. Con striscie di garza rimoviamo pure molti coaguli di sangue, in mezzo ai quali scopriamo, con nostra sorpresa, un pezzetto di stoffa grigiastra di forma grossolanamente quadrata, della larghezza di 1 ½ cm. Esso rappresentava il corpo estraneo che la leva del freno della bicicletta, causa del trauma, attraverso la fossa ischiorettale, il muscolo elevatore dell'ano e lo spazio pelvi-sottoperitoneale, aveva deposto nel cavo del Douglas.

Decorso post-operatorio ideale, guarigione dopo un mese circa.

Il Segretario: Dott. PAOLO GALLI.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 16 dicembre 1929.

Presidenza: Prof. D'ALESSANDRO.

Contributo alla cura delle fratture malleolari.

Dott. M. MORETTI. — Illustra un metodo semplice di riduzione e contenzione delle fratture malleolari con spostamento, mediante due anse di cerotto; un'ansa viene avvolta al calcagno ed un'altra ai malleoli. Ha il vantaggio di eliminare la trazione e la contenzione colle dita ed anche quella diretta sullo scheletro col chiodo nel calcagno.

Le manifestazioni luetiche a carico dell'orecchio, del naso, della gola.

Dott. I. PIPIA. — Passa in rapida rassegna le principali manifestazioni della lue, nel campo della specialità oto-rino-laringologica, ponendo in particolare evidenza i risultati dei recentissimi studi su alcune forme più rare e su altre a patogenesi ed a sviluppo isto-patologico non ancora del tutto chiaro.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sul potere di eliminazione delle tonsille.

G. Cusenza (*Il Valsalva*, 1929, n. 10) ha eseguite le sue esperienze sui cani e sui conigli, iniettando ai primi il *b. Prodigiosus* nella vena femorale ed ai secondi il *Saccaromyces cerevisiae* nella vena auricolare, ed ha potuto dimostrare che tanto a livello delle tonsille quanto dell'appendice e delle placche di Peyer si verifica il passaggio dall'interno verso l'esterno dei germi circolanti nel sangue.

A sostegno della sua tesi, l'A. pensa che le tonsille, essendo in immediato rapporto con una delle grandi cavità escrementizie dell'organismo, abbiano anch'esse un significato di emuntorio. Solo in tal maniera si riesce a spiegare il fatto indiscutibile che sostanze inerti (granuli di materie coloranti o microrganismi immobili) introdotte nel circolo sanguigno riescono ad attraversare la tonsilla per essere espulse nelle cripte.

Riferendosi alle recenti esperienze di Simeoni sulle alterazioni istologiche tonsillari nei cani a cui era stato iniettato nell'appendice lo streptococco *viridans*, l'A. ritiene che lo studio sperimentale circa l'eliminazione di quei germi che frequentemente si incontrano come agenti etiologici delle infiammazioni tonsillari, potrebbe dare qualche interessante risultanza.

Quanto alla patogenesi delle tonsilliti acute ed alla questione angina-nefrite, l'A. è del parere che una interdipendenza dal punto di vista clinico si può ammettere solo nelle tonsilliti di origine esogena (indiscutibilmente dimostrate), perchè in quelle di origine endogena le due lesioni debbono essere considerate alla stessa stregua, o presso a poco, rispetto alla infezione che le ha determinate. Dal punto di vista terapeutico l'A. conclude col Brunetti e col Fein che, se nel primo caso la tonsillectomia potrà dare risultati soddisfacenti, nel secondo l'insuccesso sarà completo, poichè l'angina non rappresenta affatto il focolaio primitivo di infezione, ma è solo sintoma di un processo generalizzato, che dà ad un tempo l'angina e la nefrite.

V. Aprile.

Sul significato della localizzazione tubercolare nella tonsilla linguale e nell'ipofaringe.

In base alla casistica raccolta, E. Borghesan (*Il Valsalva* 1929, n. 11) pensa di poter escludere la via broncogena per la diffusione del processo tubercolare all'ipofaringe ed alla tonsilla linguale, ammettendo alla discussione soltanto le vie linfatica ed ematica: l'importanza dello stabilire la via seguita dai bacilli non è solo teorica, ma trova anche riflesso pratico dal punto di vista prognostico. Per alcuni dei suoi malati l'A. ammette la diffusione della infezione lungo la via linfatica per l'ingrossamento progressivo dei gangli linfatici del collo, le lesioni circoscritte all'epiglottide e alla tonsilla linguale, le condizioni generali buone; mentre per altri non esita ad indicare chiaramente la via ematica sia per le tipiche efflorescenze osservate, sia per le *poussées* di tubercoli succedentisi a vari intervalli, sia per il decorso in genere della malattia.

L'A. ha pure studiato istologicamente il comportamento di fronte all'infezione Kochiana della tonsilla linguale in confronto alla faringe ed alla laringe e conclude con l'esprimere l'opinione che la minore gravità delle lesioni tubercolari della tonsilla linguale non dipenda nè dalla minore quantità, nè dalla scarsa virulenza dei bacilli che vi giungono, ma essenzialmente dalla peculiare capacità del tessuto adenolinfatico a lottare contro i bacilli della tubercolosi. V. Aprile.

CASISTICA.

Difteriti dovute ad oscillazioni negative dell'antitossina.

J. Siegel (*Munchner med. Wochenschrift*, n. 39, 1929) rileva che la relazione di Schick non indica soltanto la recettività o meno verso la difterite. Infatti da una parte non tutti i Schick positivi, privi quindi di antitossine ammalano nonostante la possibilità di infezione o il reale contagio, dall'altra parte individui Schick negativi possono ammalare di difterite. È probabile però che in questi casi la malattia venga preceduta da una diminuzione dell'antitossina nel sangue: l'individuo Schick negativo diventerebbe quindi Schick positivo e allora appena si ammalerebbe di difterite. Una delle cause che possono far diminuire il contenuto di antitossina è l'introduzione nell'organismo di dosi anche piccole di tossina; l'antitossina del sangue potrebbe così diminuire da 1/30 di unità antitossica a meno di 4/1000 di unità antitossica per cmc. di siero. L'infezione difterica avviene allora o per azione di bacilli preesistenti nell'organismo e fino allora mantenuti innocui, oppure per infezioni esogene. In due casi osservati dall'autore la difterite seguì immediatamente all'iniezione di piccole dosi di tossina difterica, in seguito alle quali una Schick prima negativa si trasformò in positiva. Pollitzer.

Sulla angina monocitica.

In questo ultimo decennio sono stati osservati con frequenza complessi sintomatici, caratterizzati da gonfiore delle linfoglandole, e della milza, da una prevalenza dei mononucleati nel sangue, da angina e da un decorso clinico protratto.

Tale complesso va con il nome di « angina monocitica ». Hrabowski (*Münch. Medizinische Wochensch.*, n. 31, 1929) descrive 8 casi di tale malattia occorsi alla sua osservazione in questi ultimi due anni. In questi casi l'inizio della malattia fu generalmente acuto, il decorso abbastanza lungo: l'angina dominava la sintomatologia, le linfoglandole erano ingrossate e dolenti, la milza tumefatta; nel quadro sanguigno si notava leucocitosi non accentuata e netta prevalenza dei mononucleati (55-80 %): tale reazione mononucleare si deve considerare come specifica di questa malattia.

La diagnosi differenziale è difficilissima, e talora impossibile: stanno per l'angina la rapida scomparsa della febbre, la modicità della leucocitosi, la mancanza di emorragie, e sopratutto, il decorso benigno.

In questa malattia la differenziazione dei monociti dai linfociti è estremamente difficile. L'A. descrive clinicamente i reperti ottenuti nei casi su riferiti, e afferma che la reazione aveva carattere spiccatamente linfocitario e i veri monociti non erano aumentati; perciò l'A. propone di chiamare questo quadro morboso « Angina con atipica linfocitemia ».

V. SERRA.

Rara complicanza di angina.

L'ascesso peritracheolaringeo, non di origine endolaringea, ma secondario a lesione perilaringea, dovuto a suppurazione dei gangli della parete laterale della trachea, viene diagnosticato di rado.

Schena (*Il Valsalva*, ottobre 1929, n. 10) riferisce il caso di un paziente, immune da lue, che dopo 15 giorni da una angina follicolare acuta presentava subiettivamente disfagia, lieve disfonia, ed obiettivamente una tumefazione pastosa, dolente, profonda della regione antero-laterale del collo a destra, fra il corpo della laringe e l'esofago, dolentissima alla minima compressione. All'esame laringoscopico si osservava l'immobilità assoluta di tutta la metà destra della laringe.

Nel caso descritto il processo suppurativo, che regredì e scomparve con le cure mediche, dovè interessare le linfoglandole che si trovano avviluppate in un tessuto cellulare lasso lungo il ricorrente: la particolarità anatomica spiega la mancata diffusione dell'ascesso e la paresi emilaringea.

V. APRILE.

TERAPIA.

Emottisi tubercolari e pneumotorace artificiale.

L'indicazione della collassoterapia in caso di emottisi può aver di mira, sia la cura di una emottisi che minaccia la vita del malato per la sua abbondanza o per la ripetizione, sia per ovviare alla tendenza emottoica della malattia. Nel primo caso, si ha, di solito, un'azione efficace, ma si possono avere degli insuccessi, sia per la presenza di aderenze, sia per una compressione insufficiente. Nel secondo caso si possono avere buoni risultati purchè il pneumotorace sia totale o subtotale.

Ch. Roubier (*Journ. de méd. de Lyon*, 1929, n. 215) osserva però che vi sono emottisi paradossali che sembrano mantenute dalla collassoterapia e sono probabilmente dovute alla congestione di zone insufficientemente compresse, in cui si forma della stasi e poi la rottura della vascolare.

Si sono inoltre osservate delle emottisi mortali in polmoni collabiti, probabilmente con lo stesso meccanismo di compressione insufficiente delle grandi lesioni ulcerose. Queste ultime costituiscono sempre una grave minaccia di emorragia, soprattutto nelle forze fibro-caseose con tendenza congestizia; esse però non controindicano la collassoterapia, in cui gli insuccessi sono, si può dire, eccezionali.

fil.

Il trattamento dell'emottisi.

L. Lindt (*Med. Klinik*, 12 luglio 1929) osserva che il primo rimedio da usarsi nell'emottisi è il cloruro di calcio per iniezioni endovenose. Se ne somministravano dapprima 10 cmc. della soluzione al 10 %; ma tale dose determinava spesso cefalea, vertigine e vomito. Per evitare ciò, l'A. usa adesso parti uguali di una soluzione di cloruro di sodio al 10 % e di cloruro di calcio pure al 10 %; riunite in una stessa siringa da 10 cmc. (5 cmc. di ciascuna). Un vantaggio di questa riunione di medicamenti consiste nel fatto che il cloruro di sodio produce più rapidamente che quello di calcio, da solo, la coagulazione del sangue. Nelle 24 ore, si fanno due, e nei casi gravi tre, iniezioni.

Se queste falliscono, l'A. pratica iniezioni di 5-10 cmc. di soluzione di canfora al 20 %. Egli evita le iniezioni di gelatina; consiglia però questa per uso interno. Invece i preparati di calcio non devono essere dati *per os*, perchè provocano disturbi gastrici.

fil.

L'intervento nelle pleuriti purulente fistolizzate.

Couffon, Peignaux e Truchard (*Arch. méd.-chirur. app. respirat.*, marzo 1929) dimostrano che, mediante un intervento semplice, si possono guarire le pleuriti purulente da streptococchi fistolizzate e riportano l'osservazione di una donna di 34 anni, completamente risanata.

Quindi, essi osservano, non bisogna temporeggiare. Se, dopo l'operazione dell'empiema, persiste una fistola, si deve anzitutto assicurarsi che la sacca è ben drenata nel punto declive e che nessun corpo estraneo (drenaggio) è rimasto in cavità. Si pratica, quindi, l'esplorazione del tragitto fistoloso mediante il lipiodol; una toracectomia ben poco larga ed esattamente adattata al tragitto fistoloso permetterà di ottenere la guarigione. *fil.*

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

L'igiene del suolo e dell'abitato.

La conoscenza delle norme di legge riguardanti l'igiene del suolo e dell'abitato è di grande importanza per l'ufficiale sanitario. È ben noto quale influenza le condizioni dell'abitazione e dell'ambiente in genere esercitino sulla salute delle popolazioni. Sono anche di pubblica ragione i resultati delle indagini demografiche ed epidemiologiche che dimostrano come, per es., la mortalità infantile e la diffusione di molte malattie infettive siano in rapporto inversamente proporzionale al grado di salubrità dei diversi rioni di uno stesso centro abitato; nè occorre spender parole per ripetere che aria, luce ed acqua buona e abbondante, le basi fondamentali cioè dell'igiene del suolo e dell'abitato, sono anche fattori essenziali di salute per l'uomo.

Questo campo dell'igiene, però, è anche quello in cui nell'applicazione pratica s'incontrano i maggiori ostacoli, sia per gravi impedimenti materiali e per deficienza di mezzi economici, sia per l'esistenza di inveterate tradizioni ed abitudini, talvolta più difficili a vincersi degli stessi ostacoli materiali. Di qui la necessità per l'ufficiale sanitario di un'opera assidua di propaganda e di vigilanza, che le Autorità amministrative devono appoggiare e sostenere.

Le norme legislative fondamentali che interessano l'igiene del suolo e dell'abitato, sono contenute nel titolo III (articoli 66-71) del Testo Unico delle leggi sanitarie; nel cap. XI (articoli 88-106) del Regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, n. 45; nel titolo V (articoli 104-108) del Regolamento 19 luglio 1906, n. 466, per l'igiene degli abitati rurali, e nelle Istruzioni ministeriali 20 giugno 1896 per la compilazione dei regolamenti locali sull'igiene del suolo e dell'abitato. Sono infine da ricordare le disposizioni più recenti per le migliorie igieniche negli alberghi, per l'obbligatorietà delle concimaie e per la lotta contro le mosche, e quelle che istituiscono i laboratori provinciali d'igiene, la cui attività si esplica anche nei riguardi della vigilanza sull'igiene del suolo e dell'abitato. Accenneremo alle più importanti disposizioni delle leggi e regolamenti ora ricordati.

Acque sotterranee e superficiali. Suolo. È vietato modificare il livello delle acque sotterranee o il deflusso di quelle superficiali, dove tali modifiche siano riconosciute nocive dal regolamento locale d'igiene; lo stesso regolamento, od altri speciali, determineranno le norme per la macerazione delle piante tessili (articoli 66 e 67 del T. U.). Finalità di tali disposizioni è l'evitare i ristagni d'acqua che possono riuscire dannosi, sia aumentando la umidità del terreno, sia favorendo lo sviluppo della zanzara malarica, sia dando luogo ad esalazioni putride o ad inquinamento di corsi di acqua destinata ad usi domestici.

Sono vietati inoltre gli scarichi di materie luride e liquidi di rifiuto sul suolo pubblico che sia delimitato da abitazioni, ed i depositi sulle strade e presso gli edifici abitabili di rifiuti, immondezze, materie in putrefazione, prodotti chimici ed oggetti nauseanti (art. 91 Regolamento generale sanitario 3 febb. 1901). Questi divieti sono stati, come vedremo, notevolmente ampliati e precisati nelle disposizioni legislative per la lotta contro le mosche.

Industrie insalubri. Le manifatture o fabbriche che, per mezzo di esalazioni, o in altro modo, possono riuscire dannose alla salute degli abitanti, sono indicate in un elenco, compilato dal Consiglio Superiore di Sanità, e distinte in due classi, la prima comprendente quelle che devono essere isolate nelle campagne e lontane dalle abitazioni, la seconda quelle che esigono speciali cautele per l'incolumità del vicinato. L'elenco attualmente in vigore è quello approvato con decreto ministeriale 12 luglio 1912 con le aggiunte portate dai decreti ministeriali 15 ottobre 1924 e 26 febbraio 1927.

Un'industria classificata di prima classe può esser permessa nell'abitato quando l'esercente provi che, per l'introduzione di nuovi metodi o di speciali cautele, il suo esercizio non è nocivo alla salute del vicinato. Spetta al Podestà, su proposta dell'ufficiale sanitario: determinare con apposito regolamento le cautele che devono osservare le industrie insalubri; classificare, in base all'elenco ministeriale, gli stabilimenti industriali esistenti nel Comune e quelli nuovi di cui è richiesta l'apertura; vigilare sull'esatta applicazione delle norme che disciplinano il loro esercizio (articoli 93-95 e 102-105 del Regolamento 3 febbraio 1901).

Case di abitazione. L'art. 69 del T. U. delle leggi sanitarie prescrive che le case di nuova costruzione, od in parte rifatte, non possono essere abitate se non dopo autorizzazione dell'Autorità comunale, a seguito di ispezione tecnica, dalla quale risulti: essere le mura convenientemente prosciugate; non esservi difetto di aria e di luce; essersi provveduto allo smaltimento delle acque immonde, delle materie escrementizie e di altri rifiuti, in modo da non inquinare il sottosuolo e secondo le norme prescritte dal regolamento locale d'igiene; essere le latrine, gli acquai e gli scaricatori costruiti e collocati in modo da evitare le esalazioni dannose e le infiltrazioni; essere l'acqua potabile nei pozzi o in altri serbatoi o nelle condutture guarentita da inquinamenti; non esservi altra manifesta causa d'insalubrità; essersi osservate le altre più particolari prescrizioni che sulla materia fossero fatte dal citato regolamento locale d'igiene.

L'art. 70 riguarda il divieto di apertura di case o di opifici aventi fogne per le acque immonde, o canali di scarico di acque industriali inquinate, che immettano in laghi, corsi

o canali d'acqua, i quali debbano in qualche modo servire agli usi alimentari o domestici, se dette acque non siano state sottoposte ad una completa ed efficacie depurazione.

Queste norme fondamentali, che stabiliscono i criteri di massima per la concessione dei permessi di abitabilità, debbono venir precisate e adattate alle singoli condizioni locali, dai regolamenti comunali d'igiene.

Notevole importanza ha l'art. 71, che dà facoltà al Sindaco (ora al Podestà), su rapporto dell'ufficiale sanitario comunale o del medico provinciale, di dichiarare inabitabile e far chiudere una casa, o parte della medesima, riconosciuta pericolosa dal punto di vista igienico e sanitario. È da augurarsi che, superato ormai il periodo acuto della crisi degli alloggi del dopoguerra, le Autorità sanitarie intensificheranno la vigilanza sull'igiene delle abitazioni, ricorrendo anche all'applicazione di questo art. 71, per eliminare gradualmente certi tuguri e certe baracche che costituiscono una forma di abitazione indegna di un popolo civile.

Il Regolamento 3 febbraio 1901 sviluppa i concetti contenuti nel T. U. delle leggi sanitarie, indicando quali norme debbono prescrivere i regolamenti locali d'igiene in merito al deflusso delle acque, alla salubrità delle abitazioni, alle opere di ampliamento, diradamento e sistemazione degli aggregati urbani, all'esercizio di industrie e depositi insalubri, alla concessione dei permessi di abitabilità ed alle dichiarazioni di inabitabilità, ai piani regolatori edilizi, ecc. Le disposizioni riguardanti l'igiene degli abitati rurali sono contenute nel Regolamento 19 luglio 1906, il quale pure prescrive che le condizioni minime di abitabilità per le abitazioni rurali devono essere determinate dai regolamenti locali d'igiene, in base a norme di massima stabilite dal Consiglio Provinciale di Sanità.

Una disposizione che meriterebbe una maggiore osservanza per parte degli ufficiali sanitari, è quella dell'art. 105, per la quale, nel corso di ciascun triennio, l'ufficiale sanitario deve accertare, mediante apposite ispezioni, le condizioni di abitabilità delle case rurali del Comune, riferendone al Sindaco (ora Podestà) e al Prefetto. In base ai resultati delle ispezioni, l'Autorità comunale deve intimare ai proprietari di provvedere, entro un dato tempo, alle riparazioni od ai lavori necessari ad eliminare eventuali cause d'insalubrità; trascorso infruttuosamente il termine stabilito per l'esecuzione dei lavori, il Podestà e l'ufficiale sanitario devono darne immediatamente notizia al Prefetto, il quale può ordinare al Comune di eseguire i lavori d'ufficio.

Per facilitare la compilazione dei regolamenti locali d'igiene, sono state emanate le Istruzioni ministeriali 20 giugno 1896 per la compilazione dei regolamenti locali sull'igiene del suolo e dell'abitato. Le istruzioni dànno precise e dettagliate norme sull'igiene del suolo fuori degli aggregati urbani, sulla polizia igienica delle acque superficiali, sull'igiene del suolo pubblico e delle case di abitazione negli aggregati urbani, sull'approvvigionamento e distribuzione dell'acqua per uso potabile e domestico, sull'allontanamento dalle case e dagli aggregati urbani dei rifiuti domestici e delle acque immonde, sull'igiene dell'abitato rurale ed infine sui permessi di abitabilità e sulle dichiarazioni di inabitabilità delle case.

È bene che queste istruzioni siano sempre tenute presenti dagli ufficiali sanitari, sia nella compilazione di nuovi regolamenti d'igiene, sia nella revisione di quelli esistenti; ciò per evitare quello che si verifica in alcuni Comuni, specie rurali, i cui regolamenti sono talvolta così incompleti ed insufficienti, che mettono l'Autorità sanitaria nell'impossibilità di rimuovere ed impedire anche gravi errori igienici.

Le citate istruzioni, per la loro precisione e chiarezza, non hanno bisogno di speciale illustrazione; tratteremo solo in seguito e per esteso ciò che riguarda le acque potabili. Merita invece un breve esame il regolamento per rendere obbligatoria l'attuazione di migliorie igieniche e sanitarie negli alberghi approvato con R. decreto 24 maggio 1925, n. 1102.

Migliorie igieniche negli alberghi. Il regolamento prescrive, per l'apertura e l'esercizio degli alberghi, un permesso dell'Autorità comunale da concedersi su parere favorevole dell'ufficiale sanitario. Su proposta di quest'ultimo, o dell'Ente Nazionale per le industrie turistiche, la stessa Autorità potrà ordinare la chiusura di quegli alberghi che per ubicazione, per condizioni intrinseche dei locali o delle loro dipendenze e relativi impianti ed arredamenti, siano giudicati insalubri, qualora l'esercente non possa o non voglia eseguire i lavori necessari per rimuovere le cause di insalubrità. Il regolamento contiene speciali prescrizioni per gli alberghi di nuova costruzione, ed, in genere, per le latrine, bagni, cucine, dispense, sale da pranzo, nonchè per l'acqua potabile e per la biancheria, che dovrà essere sempre fornita di bucato ad ogni nuovo ospite e venire ricambiata a brevi periodi.

Gli alberghi con oltre 20 letti debbono avere uno o più ambienti appartati per il ricovero temporaneo di infermi sospetti o accertati di malattie contagiose. Sono anche prescritte cassette di pronto soccorso e, nei luoghi malarici, una scorta di chinino.

Altre norme riguardano le condizioni dei pollai e delle stalle annesse agli alberghi; l'obbligo di tenere i cani colla museruola o col laccio, quando escono dalle camere dei proprietari, e quella di fornire i vari locali di sputacchiere igieniche ed i vestiboli anche di nettascarpe.

È vietato l'acquisto di materiale di arredamento già usato, salvo di quello proveniente da altro albergo, e salvo casi eccezionali in cui

si tratti di materiale sicuramente non appartenente a persone affette da malattie contagiose, e sempre previa disinfezione.

Per il personale di servizio è prescritto che da accertamento medico risulti esente da malattie contagiose e che sia allontanato quando ne venga colpito.

È resa obbligatoria, per parte dei direttori d'albergo, la denunzia al Comune di qualsiasi malattia, degli ospiti o del personale, che dia luogo a sospetto circa la natura contagiosa.

Oltre le ripuliture ordinarie, quotidiane e periodiche, e le disinfezioni in caso di malattia contagiosa, dovrà eseguirsi, almeno una volta l'anno, una ripulitura generale e radicale ed un'accurata disinfezione.

È data facoltà all'E.N.I.T. di vigilare sulla osservanza delle prescrizioni del regolamento e di disporre e promuovere quelle ispezioni che riterrà all'uopo opportune.

Il regolamento si applica anche alle locande e pensioni ed agli altri luoghi destinati ad alloggio collettivo per mercede.

A. Franchetti.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'Abb. n. 2935-1:

L'*Archivio italiano di Scienze mediche coloniali* si pubblica attualmente dall'ed. Cappelli, Bologna. Provi a rivolgersi a tale editore, il quale potrà forse darle qualche indicazione per rintracciare la pubblicazione di G. Pavia sul *Trichomonas intestinalis,* che la interessa. Altrimenti si rivolga al prof. Franchini, direttore della Scuola di patologia coloniale, Bologna.

fil.

All'Abb. n. 6560:

Non credo che esista alcun libro sulle « Cause di morte in un gruppo di uomini illustri, considerate dal punto di vista medico ». Forse potrà esservi qualche studio particolare, da trovarsi soltanto con pazienti e malagevoli ricerche. Può darsi che qualche notizia si possa avere sfogliando gli « Et ab hic et ab hoc » che il colto ed arguto autore che si nascondeva sotto lo pseudonimo di Amerigo Scarlatti, ha pubblicato (in 8 volumi) all'Unione tipografico-editrice torinese. Qualche notizia del genere potrà ripescare nelle opere del compianto dottor Cabanès, specialmente in: « Fous couronnés »; « Balzac ignoré »; « Marat inconnu »; « Le cabinet secret de l'histoire »; l'« Histoire éclairée par la Clinique » (tutti editi alla libreria « Le François », Paris) e nei « Goutteux célèbres », edizione esaurita.

fil.

All'Abb. n. 4560.:

Per avere l'*Igiene militare* di G. Mariotti-Bianchi e F. Costa, si rivolga allo « Studio editoriale degli Istituti universitari », via Panisperna, Roma. Il libro, del resto, è anche in vendita dai librai.

Per le malattie tropicali, oltre al recentissimo libro di Franchini, di cui si è fatta la recensione nel n. 44 del *Policlinico,* consulti il manuale di Mayer: « Malattie esotiche », di cui è stata pubblicata la traduzione italiana dall'Unione tipografico-editrice torinese e di cui esiste una nuova edizione tedesca, pubblicata da Springer; e il volume del Ribolla: « Medicina tropicale e igiene marinara », edito dalla Casa editrice Pozzi.

fil.

All'Abb. n. 2528.:

Non conosco il reagente di Weltman per la ricerca di una eventuale batteriuria.

fil.

Al dott. A. F., abb. n. 5133:

Sulle febbricole è uscita recentemente una aggiornata monografia del prof. U. Arcangeli, editore L. Pozzi, Roma, nella quale l'A. cita altri diversi lavori, anche stranieri.

Altri autori italiani che si sono occupati dell'argomento sono stati Rummo, Maragliano, Cantani.

A. P.

Al dott. G. T., Terlizzi:

Il libro del Warthin dal titolo *Old Age* non è stato tradotto in italiano.

È stato pubblicato a New York dalla casa editrice P. B. Hoeber.

Dr.

VARIA.

Dietetica delle salse.

Esiste una categoria di ammalati nei quali si deve stimolare la secrezione gastrica. Per eccitare questa secrezione si agisce sul gusto, si prescrivono agli iposecretori, agli anoressici alimenti graditi al gusto. Come si può raggiungere questo scopo?

La cucina moderna rende graditi gli alimenti cotti servendoli con salse più o meno aromatizzate, più o meno untuose. Sono questi delicati aromi, queste buone untuosità che dànno alla cucina moderna tutta la sua raffinatezza.

Ma a capo di tutti i regimi medici sta scritto: « Sopprimere ogni salsa dall'alimentazione ». Cosicchè gli anoressici si trovano in presenza di questo dilemma: o mangiare senza appetito alimenti così detti digeribili, o mangiare con appetito alimenti detti indigesti. Come uscire dal dilemma?

Anzitutto che cosa è una salsa? Alla base di quasi tutte le salse esiste un sugo, cioè tutto ciò che cola durante la cottura di una carne che si fa arrostire. Il sugo è quindi una solu-

zione aromatizzata che contiene albumina e qualche materia grassa; se bene preparato, è perfettamente digeribile, poichè le albumine sono digerite dalla soluzione cloridro-peptica secreta dallo stomaco.

Ma la buona cucina non si è accontentata di questa salsa così semplice, ha cercato una maggiore raffinatezza ed è arrivata a preparare due tipi di salse.

Il primo tipo lega il sugo con l'amido o col tuorlo d'uovo. Legare il sugo con l'amido equivale ad aggiungere al sugo una sospensione di amido e portare tutto alla ebollizione: preparare così una salsa d'amido aromatizzata e cotta. Legare il sugo col tuorlo d'uovo equivale a stemperare nel sugo una sospensione di tuorlo e far scaldare tutto ad una temperatura che non sorpassi i 70°. A questa temperatura i corpuscoli del tuorlo si saldano gli uni con gli altri, inglobando il liquido interposto, il sugo rimane legato, mentre ad una temperatura superiore ai 75° il tuorlo si separa dal liquido, la salsa non rimane legata.

Queste salse sono perfettamente compatibili anche con una digestione insufficiente. Difatti la salsa all'amido è facilmente digerita dalla saliva, poichè il fermento salivare, la ptialina, trasforma rapidamente nella stufa stomacale i grani d'amido insolubili in soluzione zuccherata solubile: e la salsa al tuorlo d'uovo è digerita, poichè contiene una parte di albumina facilmente attaccabile dal succo gastrico che libera le lecitine e i corpi grassi del tuorlo. Le salse così preparate sono meno digeribili del semplice sugo, ma vengono sopportate bene anche da uno stomaco insufficiente.

In un secondo tipo la cucina moderna ha voluto rinforzare le salse incorporandovi corpi grassi, e questa aggiunta ha rallegrato i gastronomi, non però i gastropatici.

Le salse di questo tipo, dette « roux », si fanno scaldando lungamente in un grasso la farina aggiunta, rosolandola così più o meno per ottenere o salse bianche o salse brune.

A questo tipo appartengono anche le salse a base di uova e di corpi grassi, burro od olio, in cui il tuorlo d'uovo non serve che a legare, vere emulsioni di corpi grassi preparate o a caldo (salsa olandese) o a freddo (salsa mayonnaise, salse tartare...).

Qualunque sia il modo di prepararle, queste salse si presentano microscopicamente sotto l'aspetto di una sospensione di piccoli corpuscoli grassi che ricoprono gli alimenti ingeriti di una sottile pellicola insolubile nel succo gastrico.

Tutto ciò dimostra che, per eccitare l'appetito degli ammalati, si deve ricorrere soltanto al sugo o ai semplici legamenti all'amido o al tuorlo d'uovo. Tutte le salse a base di corpi grassi cotti, che si presentano sotto forma di emulsioni, devono essere escluse.

Autori a titolo di esempio, indicano alcuni tipi di salse che si possono consigliare, nelle quali il burro cotto portato ad una temperatura alta viene sostituito con burro solamente scaldato:

1) salsa per il pesce: prendere 50 gr. di burro fresco e un limone. Lavorare il burro fino a ridurlo in crema. Aggiungere in seguito a poco a poco e sempre rimestando il sugo di un limone o un po' di sale;

2) salsa per sostituire la salsa mayonnaise: prendere gr. 150 di burro. Lavorarlo vicino al fuoco e aggiungere poco a poco due tuorli di uova rimestando costantemente. Salare;

3) salsa per sostituire la Bechamel, sopprimendo il burro cotto: scaldare mezzo litro di latte; diluire due cucchiai di fecola con un po' di latte freddo, poi versare rimestando, la miscela, ottenuta nel latte bollente; lasciar cuocere circa 5 minuti e salare. Dopo cottura aggiungere da 40 a 50 gr. di burro.

Condimento d'insalata senza aceto:

Olio di oliva un cucchiaio - Crema al latte un cucchiaio - Mezzo limone - Un pizzico di sale.

Questo condimento può adoperarsi con tutte le insalate di stagione.

Con un po' di ricerca, ogni cuoca può comporre e variare le salse, attenendosi a questi principî. Prescrivendole si aumenta il valore gustativo degli alimenti, si eccitano l'appetito e la secrezione dello stomaco senza compromettere la digestione gastrica. (*Stampa Medica*).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

U. BACCARANI. *Le colecistiti croniche non calcolose.* — Officine Poligrafiche, Ancona, 1929.

G. CURTUR. *Un caso di otite media purulenta cronica destra, complicata da mastoidite, paresi del facciale e dell'oculomotore esterno, operato con esito favorevole.* — L. Pozzi, Roma, 1929.

G. CRON. *Ulteriore contributo allo studio dell'enterovaccinazione antitifo-paratifica.* — Tipogr. Stucchi, Ceretti, Milano, 1929.

G. CURTUR. *Note di pratica oto-rino-laringoiatrica.* — Tip. Salesiana, Roma, 1929.

G. CURTUR. *Tumori veri e falsi delle fosse nasali.* — L. Pozzi, 1929.

F. PARODI. *Nuovi princìpi di tecnica per l'oleotorace.* — Tip. Cons. Naz. Em. e Lav., Roma, 1929.

F. PETROSELLI. *Le allucinazioni nei normali.* — Arti Graf. Federici, Pesaro, 1929.

C. BERTONE. *La questione del trattamento chirurgico dell'angina di petto.* — Tip. P. Moretti, Cormons, 1927.

A. MANAI. *Il favismo.* — Lib. It. e Stran., Sassari, 1929.

U. BACCARANI. *I sette libri dell'Arte della Guerra.* — Ist. Naz. Med. Farm., Roma, 1929.

D. VIOLA. *L'individualità del sangue applicata al problema delle razze.* — Tip. Cooperativa, Pavia, 1929.

F. VECCHIONE. *Lo stato attuale della Terapia dei miofibromi uterini.* — Coop. Tip. Forense, Napoli, 1929.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ASSISTENZA SANITARIA.

L'Ospedale del Littorio.

Tra le inaugurazioni del 27 ottobre 1929-VII, è stata particolarmente importante quella dello Ospedale del Littorio.

Non vi è bisogno di spendere troppe parole per magnificare un'opera di sì alto interesse pubblico e di sì grande necessità sociale, ma non è male sapere che la costruzione di essa è stata resa possibile per la volontà del Duce e per l'assidua e costante cura del Prefetto Cotta, Presidente degli Ospedali Riuniti di Roma. Difatti l'idea di un nuovo nosocomio necessario ai bisogni dell'Urbe era stato già sentito dalle passate Amministrazioni, ma le fondamenta, inaugurate nel 28 aprile 1919 e terminate tre anni dopo, giacevano incomplete e desolate da tempo. Non si poteva d'altra parte lasciar marcire un'opera iniziata; epperò fu necessario il concorso di due volontà.

Ma la difficoltà di riprendere un lavoro interrotto per cinque lunghi anni, fu accresciuto dalla ristrettezza del tempo nel quale doveva essere completato e dalla necessità di adattare ad un vecchio schema, alcune importanti innovazioni importantissime.

Fu così, che per 18 mesi, la ditta dell'Ing. Arganini impiegò fino a 1000 operai in un lavoro diurno, prolungato fino a notte inoltrata, dopo che lo studio della parte artistica dopo la ripresa era stato affidato all'architetto civile E. Carniggia, quello della parte tecnica all'Ing. Marino Palombi del Genio Civile, Capo dell'Ufficio Tecnico degli Ospedali Riuniti di Roma. La direzione dei lavori all'infaticabile Ing. Carlo Lumachi, il quale ha redatto pure il progetto di vari edifici: Sovraintendente tecnico di tutti i lavori fu il comm. ing. P. Salatino.

Prezioso coadiutore del Presidente, fu il Segretario generale comm. Corelli.

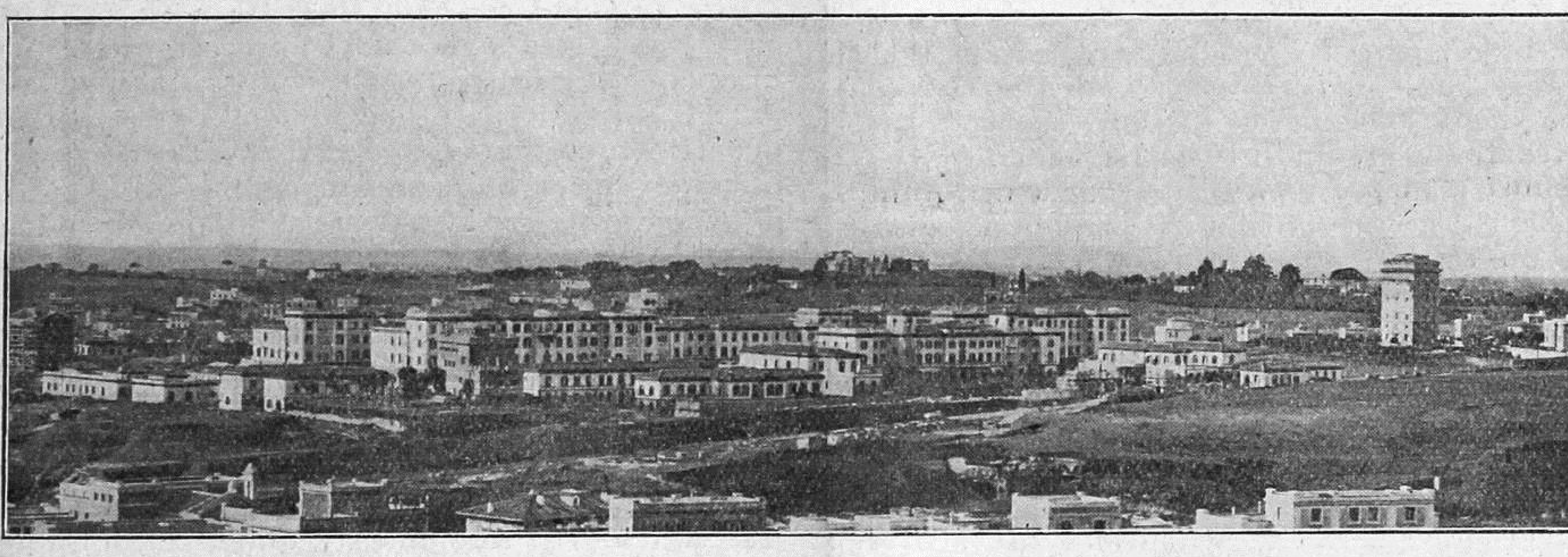
* * *

Vorremmo subito elencare quello che si trova di nuovo e di originale nel Littorio, affinchè si possa avere subito un'idea di quello che rappresenta nella evoluzione della tecnica ospitaliera.

1) Innanzi tutto: i padiglioni sono a più (3-4) piani: l'areazione si svolge per mezzo di finestre, dimostratisi più che sufficienti ai bisogni delle corsie. Le corsie hanno un numero limitato di malati, ma sono associate a numerose camerette d'isolamento. I padiglioni sono forniti di tutti i servizi logistici, di indagini, in modo da costituire dei piccoli ospedali a sè.

Istituzione di stanze di soggiorno, di refettori e verande per malati convalescenti.

2) Movimento in senso verticale di malati e materiali per mezzo di numerosissimi ascensori e montacarichi: movimento orizzontale con speciali, piccole automobili elettriche lungo i viali.



Svolgimento dei servizi logistici in gallerie seminterrate.

3) Sviluppo adeguato ai bisogni attuali e futuri degli ambulatori, della radiologia, delle cure fisiche post-operatorie (meccanoterapia) e dei bagni mediante appositi grandiosi padiglioni.

4) Costruzione di una centrale per la pastorizzazione automatica del latte con una capacità fino a 1000 litri orari.

Istituzione di speciale cucina dietetica per malati.

5) Distinzione del piccolo dal grande Pronto Soccorso.

6) Istituzione di batterie di accumulatori di energia elettrica, per il caso di interruzione della condotta elettrica.

* * *

Si giunge, per il Viale di Circonvallazione Gianicolense, in lieve salita, all'Ospedale del Littorio, che appare un imponente gruppo di costruzioni semplici, ma variate, distinte dai viali e giardini, di semplice stile settecentesco romano. Nessuno immaginerebbe di entrare in un Ospedale: dovunque ajuole variate, arbusti a foglia perenne. Sono stati evitati i grandi alberi, facile albergo di mosche e zanzare.

Nel suo insieme generale il Littorio è disposto secondo 4 grandi file.

A sinistra, quasi non facesse parte del disegno fondamentale, è l'abitazione delle suore, allogate

nella vecchia Villa di S. Carlo da cui è stato ripreso il motivo architettonico dell'Ospedale, la farmacia, le cucine, le dispense, il garage e la materasseria. In fondo la chiesa con l'abitazione dei sacerdoti e la stazione di disinfezione. In un piano notevolmente più basso, al di fuori, quasi, dell'Ospedale propriamente detto, verso la strada ferrata, la centrale termica e l'Istituto anatomopatologico.

Del tutto a destra si erge la gran torre dell'acqua.

L'Ospedale, che è costato nel suo insieme circa 40 milioni di lire, comprende 34 grandi corsie, ed altre 15 minori (separate o di isolamento), 7 sale operatorie, 42 camere per abitazione dei medici, più di 500 locali vari per uffici e per servizi di ogni genere. I letti disponibili normalmente, saranno 1000, ma in caso di necessità potranno portarsi a 1500, senza alcun pericolo nè di agglomerato eccessivo, nè che i servizi accessori risultino insufficienti.

* * *

Nel mezzo, passato il monumentale cancello, si erge il palazzo della Direzione, dei servizi centrali e degli alloggi dei sanitari, assai decorosi e corredati da grandiosi servizi igienici.

A sinistra di chi guarda il palazzo dell'Amministrazione, si erge un grande padiglione, distinto in un reparto anteriore, destinato alla radiologia e fisioterapia e uno posteriore nel quale si svolgeranno gli ambulatori di medicina e chirurgia e della balneoterapia. Essi sono divisi dal reparto di meccanoterapia.

Nel Reparto radiologico, sono applicati intonachi sui muri speciali con sali protettivi antix. Sette trasformatori locali permettono di usare i più moderni apparecchi, a tensioni che arrivano fino a 250.000 volts.

Nel piano superiore sono contenuti i reparti elioterapico e quello fototerapico, nel seminterrato quello dello sviluppo e della stampa dei negativi. Naturalmente vi sono aggiunti opportunamente ed euritmicamente tutti i servizi sussidiarii ed accessori e una officina per riparazioni.

Tale organizzazione è stata ideata dal prof. A. Busi, direttore della R. Clinica radiologica di Roma, ed eseguita sotto la di lui direzione per la massima parte dalle ditte italiane specialiste, Cardolle Iten, e Rangoni Puricelli.

A destra del Palazzo Centrale invece è situato il Pronto Soccorso e il Deposito. Nel primo è distinto il grande dal piccolo pronto soccorso.

Nel 1° esiste un vero e proprio riparto, con completa camera operatoria e impianto radiografico annesso, ove viene inviato, e immediatamente soccorso, il ferito bisognevole di un importante intervento. Invece tutto il lavoro dell'infortunistica viene smaltito dal piccolo pronto soccorso. Per evitare la promiscuità di epilettici, schockati, ubriachi, apoplettici in stato grave sono state create numerose camerette speciali.

Il deposito, distinto nelle due sezioni, maschile e femminile, serve dunque per i soliti malati tranquilli che possono attendere la loro visita diuturna. Al deposito sono annessi due reparti di isolamento, uno per maschi, l'altro per donne, di quattro camere ciascuno, completi di tutti i servizii accessorii per accogliervi gli infermi sospetti di malattie infettive che si presentino all'accettazione.

I padiglioni di medicina, perfettamente identici, sono intitolati a tre grandi Clinici italiani: Baccelli, Cesalpino, Bassi. Hanno tre piani, oltre lo scantinato, sono lunghi 85 m. e alle estremità portano due bracci perpendicolari alle facciate, Le corsie sono riunite da un luminoso ed ampio corridoio lungo il quale sono scaglionate le stanze, sia per isolamento di aggravati, che per i servizi accessori e sia quelle dedicate allo studio clinico del malato che quelle destinate ai Laboratorii.

Al 3° piano non vi sono corsie ma solo camere da 1 a 3 letti, due verande coperte, e due grandi terrazze di oltre 200 m².

In nessuno dei vecchi ospedali esistono stanze ove il malato convalescente possa godersi un po' di sole o dove, ancora da operarsi, possa prendere i suoi pasti senza infastidire i suoi vicini più gravemente ammalati. Al Littorio invece esistono le verande, sia aperte che chiuse, le stanze di soggiorno, le camerette a uno e a due letti. Non si vedrà più al Littorio comprese in un unico insufficiente « *buco* » la vota, lo spogliatoio per gli infermieri, il ripostiglio e i cessi per ammalati. A questi sono anche riservate due ampie e perfette camere da bagno in ogni piano. Così per il primario e per i suoi assistenti esiste in ogni piano una stanza assai decorosa con bagno e W. C. annesso.

Da tempo veniva proclamata la necessità di dividere i malati secondo malattie. Ma questo prima non era possibile che limitatamente: al Littorio, invece, con la costruzione a tre piani (ed eventualmente a quattro) tale distinzione sarà facilmente realizzabile.

E non solo si son previste queste possibilità di indole medica, ma si è voluto garantire meccanicamente un servizio perfetto di assistenza immediata. Perciò speciali cure sono state dedicate alla chiamata infermieri, dato il numero piuttosto rilevante di malati distaccati in camerette. Quando un malato chiama, comincia a suonare una raganella, (non più il fastidioso campanello): contemporaneamente si accende una speciale lampadina sul letto del malato, un'altra sulla porta esterna della corsia o delle camere (tutte dànno nel gran corridoio centrale), una terza dove è il personale di guardia e dove esiste la raganella, ed infine un'ultima nel quadro di controllo. Tutte queste luci si spengono con la semplice infissione di una spina, posseduta dal personale di guardia. Quando sia accorso al letto del paziente, l'infermiere chiude un circuito speciale, il quale mentre permette di eliminare la chiamata locale, non esclude che possa avvertire una altra chiamata di un altro malato in altro locale.

Il riscaldamento è garantito da numerosi radiatori.

Siccome tutto il movimento della Corsia non si deve svolgere per le scale, da tenersi per riserva, ogni Padiglione è fornito di 3 grandi ascensori, più vari montacarichi.

Eguali tra loro sono anche i 3 padiglioni di chirurgia. Sono identici a quelli di medicina, dai quali differiscono per avere un piano di più, per una lieve differenza in meno dei letti delle corsie, le quali però sono a loro volta in numero di 6,

anzichè di 4. Un montamalati speciale permette di portare i malati settici a speciali corsie ad essi riservate al 3° piano, e da questo alla apposita camera operatoria.

Distinte anch'esse sono le due camere operatorie al 4° piano, nelle quali sono profuse, tutte le più belle e più moderne innovazioni tecniche di tali ambienti. Ogni camera operatoria è fornita, oltre che di una luce di 4000 candele, anche di una grande lampada scialitica, e possiede perfettissimi impianti di sterilizzazione.

Un altro grande padiglione è destinato alle specialità otorinolaringoiatrica e oculistica. Oltre le corsie, grandi ambienti assicurano un regolare funzionamento degli speciali ambulatori, tanto frequentati.

* * *

Numerose sale vaste luminose costituiscono la farmacia, che è magnificamente arredata di tutto quanto può occorrere come apparecchi e strumenti. Distinto e separato da questa, esiste il deposito delle materie infiammabili.

La posizione elevata dell'Ospedale ha provocato una soluzione originale nella distribuzione e nel serbatoio dell'acqua. Una grande torre alta 38 m. sul piano della campagna racchiude vari scompartimenti, dei quali il più elevato riceve l'acqua da quello più basso per mezzo di pompe elettriche. Due serbatoi, uno al piede della torre l'altro in alto contengono complessivamente ben 1700 metri cubi d'acqua (1.700.000 litri) dei quali 900.000 nel serbatoio superiore, cioè una quantità sufficiente per più giorni per l'intero Ospedale, e capace di fronteggiare qualsiasi inaspettata interruzione della conduttura dell'Acqua Marcia.

Grandiosi sono anche gli impianti del gas, delle caldaie, dell'acqua calda; 2000 cavalli pari a 1425 Kilowatt di energia elettrica assicurano un funzionamento più che perfetto degli impianti tecnici e potenti batterie di accumulatori son pronte ad intervenire automaticamente, in caso di interruzione di corrente.

La cucina è capace di un servizio di 1500 persone, funziona quasi tutta a vapore, e ad essa — maggiore — ne esiste una più piccola, dietetica, per 150 persone. Un servizio accuratamente studiato (tavola calda, carrelli speciali) assicura la conservazione di una giusta temperatura al vitto, fino alla sua distribuzione ai malati.

La materasseria dovrà servire per tutti i bisogni degli Ospedali Riuniti. Le due cardatrici meccaniche che possiede, permettono di lavorare circa 100 quintali di lana al giorno.

Tre specie di disinfezioni sono a disposizione dell'Ospedale: fisica, chimica e alla formaldeide. Un grande forno crematorio distruggerà i materiali di rifiuto e le spazzature.

Defilato da ogni vista e nella parte più depressa delle vasta area dell'Ospedale, si trova l'edificio per il servizio anatomo-patologico e la camera mortuaria. Il primo è abbondantemente fornito di quanto è necessario per gli studi e le ricerche istologiche e di anatomia patologica, mentre la camera mortuaria possiede un impianto frigorifero per le salme. Esso mantiene una temperatura di +3° e 0° rispettivamente in una anticella e una cella, ciascuna della capacità di 40 metri cubi.

Tale è il Littorio nel quale i padiglioni, l'impianto dei servizi igienici, i vari arredamenti sono stati curati con amore e studio, affinchè ogni singolo personale strumento potesse riuscire degno dell'ambiente. Anche il mobilio ospedaliero è di tipi speciali appositamente studiati e costruiti dopo larga sperimentazione.

Nulla è stato dunque tralasciato, per assicurare che il funzionamento dell'Ospedale si svolga col maggior riguardo al bene degli infermi e al più scrupoloso rispetto dei postulati dell'igiene.

e. M.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso Nazionale dei Sindacati Fascisti Medici.

Mentre questo numero va in macchina, ha luogo in Napoli il Congresso nazionale dei Sindacati fascisti medici, presieduto dal segretario nazionale on. dott. Fioretti.

Ne daremo ulteriori notizie.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Chiusi della Verna (*Arezzo*). — Scad. ore 18 del 25 gen.; 1° Reparto; L. 10.000 oltre L. 2000 cav. e 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10; doc. a 3 mesi.

Gorizia. *R. Prefettura*. — Uff. san. direttore dell'Ufficio d'Igiene del Capoluogo; L. 17.400, tre quadrienni di L. 600 ed uno di L. 800; p. serv. att. L. 4000; divieto assoluto esercizio libero, salvo studi, perizie ed incarichi temporanei autorizzati. Doc. all'Ufficio Protocollo del Comune entro le 17 del 28 febb. Età lim. 45 a. Buona condotta morale, civile e politica.

Iesi (*Ancona*). *Congregazione di Carità*. — Chirurgo primario presso il dipendente Ospedale diocesano (dodici Comuni). Scadenza ore 17 del 10 febbraio. (Vedere precedente N. 2).

Manciano (*Grosseto*). — A tutto il 15 febbraio a Medico-chirurgo frazione Saturnia. Stipendio L. 10.000, L. 700 caro viveri se ammogliato. Lire 2500 ind. cavalcatura. Chiedere Segreteria avviso concorso.

Padova. *Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi*. — Due posti di assistente: uno per la Sezione Chimica e l'altro per la Sezione Medico-Micrografica. Stipendio L. 10.000. Servizio attivo L. 1500. Compartecipazione 10 % sui proventi di Laboratorio. Il concorso è secondo le norme del R. D. 16 gennaio 1927, N. 155. Scadenza 28 febbraio. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria.

Prevalle (*Brescia*). — Scad. 31 gen.; L. 9000; c.-v.; per trasp. L. 800; quale uff. san. L. 500; quadrienni decimo.

Resuttano (*Caltanissetta*). — Uff. san.; titoli ed esami; L. 5000 e 5 quinquenni dec.; età lim. 45 a.; scad. 15 febb. Rivolgersi alla R. Prefettura di Caltanissetta.

ROMA. *Ministero dell'Educazione Nazionale.* — Concorsi alle seguenti cattedre universitarie: fisiologia e clinica oculistica per Cagliari; patologia generale per Pavia; clinica dermosifilopatica per Perugia; anatomia umana e patologia medica per Sassari. Scad. 30 aprile.

SEFRO (*Macerata*). — Scad. 31 gen.; L. 9000 e 3 quadrienni oltre L. 1500 trasf., c.-v., per uff. san. L. 600; doc. a 6 mesi; tassa L. 50.

SONNINO (*Roma*). — Scad. 25 feb.; 2ª cond.; lire 9500 oltre addizionale L. 4 da 1001 a 2000 pov., L. 5 da 2001 a 3000; 1ª indennità c.-v.; 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.15.

TORRE DEI BUSI (*Bergamo*). — Scad. 5 feb.; lire 10.000 e addizion. L. 2 per ogni iscritto, c.-v., L. 500 quale uff. san., L. 500 trasp., 5 quinquenni dec.

VALLI DEL PASUBIO (*Vicenza*). — Scad. 15 feb., 1º Riparto; L. 9000 e 6 quadrienni dec., oltre lire 1000-1800-2500 trasp., L. 300 ambulat., serv. att., c.-v.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.10.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Lega Italiana per la lotta contro il cancro.

E' aperto un concorso internazionale per un lavoro originale inedito sperimentale e critico avente per oggetto: « Sul valore dei metodi serologici per la diagnosi dei tumori maligni ». Il premio è di lire it. 10.000, ed è unico e indivisibile.

I lavori, scritti a macchina, in duplice esemplare, anonimi, saranno inviati, secondo le modalità consuete, alla sede centrale della Lega, Roma (33), via Triboniano, presso piazza Cavour, Casa del Mutilato.

I lavori dovranno pervenire franchi di spese postali all'indirizzo predetto, non oltre le ore 12 del 30 giugno 1931.

La Lega Italiana si riserva il diritto di pubblicare, in italiano e per prima, nel suo Bollettino il lavoro premiato.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In seguito al Congresso Medico Ferrarese tenuto a Montpellier e nel quale dai relatori francesi e di altre Nazioni fu affermata la scoperta del nuovo quadro morboso « arteroipotensione permanente » o « angioipotonia costituzionale », già fatta nel 1903 dal prof. Andrea Ferrannini di Napoli, questi è stato eletto, con unanimità di voti, membro dell'« Académie des Sciences et Lettres » di Montpellier, la quale, sin dall'editto di Luigi XIV, del febbraio 1707, è considerata di grado pari all'« Académie des Sciences » o « Institut de France » di Parigi.

In una delle ultime sedute la Società di Neurologia di Parigi ha all'unanimità eletto soci corrispondenti in Italia i proff. Giuseppe comm. Roasenda e Fedele Negro, di Torino.

La carica puramente onoraria ha un valore eminente, in quanto la Società è una delle più importanti per lustro ed età.

Il nostro connazionale dott. Arcangelo Liva, stabilito a Rutherford (New Jersey, Stati Uniti d'America), è stato nominato membro del Comitato esaminatore per il rilascio del diploma di medico nello Stato di New Jersey.

È questo l'incarico più onorifico che un medico possa coprire in America.

Il Liva è anche chirurgo primario in quattro ospedali e consulente dell'Ospedale provinciale della Contea di Bergen, insegnante di anatomia oftalmica e di oto-rino-laringologia in due Scuole mediche, ecc.

Il dott. Charles L. Joslin è nominato professore di clinica pediatrica alla Scuola Medica del Maryland a Baltimora.

Il dott. Charles J. Roman, dimessosi nel 1927 da direttore dell'Istituto di Clinica chirurgica dell'Università di Iowa, ha ora ripreso l'insegnamento della clinica chirurgica. Il suo successore, dott. Howard L. Beye, rimane capo dell'Istituto.

Il dott. T. S. Fay è nominato titolare della cattedra di « neurochirurgia », recentemente creata presso la Scuola Medica della « Temple University » di Filadelfia.

Alla cattedra di patologia generale e anatomia patologica di Colonia, quale successore di A. Dietrich, è stato chiamato il prof. Ernst Leupold di Greifswald.

Alla cattedra di chimica fisica di Gottinga, quale successore di G. Tammasa, è stato chiamato il prof. Arnold Ericken di Breslavia, il quale era stato invitato anche a coprire la stessa cattedra in Francoforte s. M., quale successore di R. Lorenz.

Il prof. Pietro Marogna, di patologia chirurgica a Modena, è richiamato a Sassari.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Milone Giuseppe in clinica chirurgica; Carossini Giovanni, Pizza-Galli Luigi e Di Vestea Donato in clinica chirurgica e medicina operatoria; Ritossa Pio in clinica pediatrica; Di Vestea Donato, predetto, in otorinolaringoiatria.

NOTIZIE DIVERSE.

Calendario dei Congressi.

1930.

Marzo, 29, Montpellier: Riunione francese di idrologia e climatologia. (Segr. gen.: prof. agrégé Puech, due Aguillerie 32, Montpellier).

Marzo, seconda quindicina, Milano: Congresso italiano di microbiologia. (Informaz.: prof. S. Belfanti, via Darwin 20, Milano).

Aprile, 20-24, Madrid: IV Congresso della Società Internazionale d'Urologia. (Segr. gen.: Salvador Pasenal, Genova 11, Madrid).

Maggio, 19-21, Algeri: II Congresso internaz. sulla malaria. (Segreteria: Institut Pasteur, Alger).

Maggio, data indet., Parigi: XLIII Congresso della Società francese d'oftalmologia. (Segr. gen.: Dr. René Onfray, avenue de la Motte-Piquet 6, Paris).

Maggio, data indet., Torino: IX Congresso italiano di radiologia medica. (Informaz.: prof. M. Bertolotti, R. Istituto di Radiologia medica, Torino).

Giugno, 5 e ss., Parigi: I Congresso della Società Internaz. di Ortopedia. (Informaz.: prof. V. Putti, R. Clinica Ortopedica, Bologna).

Giugno, 28-2 luglio, Bruxelles: X Sessione delle Giornate Mediche. (Segr. gen.: Dr. René Beckers, rue Froissart 62, Bruxelles).

Giugno, 29-30, San Pellegrino: II Convegno italiano d'idrologia medica. (Segr.: prof. Bezzola, via Signora 6, Milano).

Giugno, data indet.: XI Riunione neurologica annuale francese. (Segr. gen.: Dr. O. Crouzon, avenue d'Iéna 70-bis, Paris).

Luglio, 3-4, Anversa: II Congresso della stampa medica latina. (Segr. gen.: Dr. L. M. Pierra, rue de Babylone 12, Paris VII).

Luglio, 20-25, Parigi: I Congresso internazionale di Microbiologia. (Segr. gen.: Dr. Dujarric de la Rivière, rue Dutot 25, Paris XV).

Luglio, 21-23, Liegi: Riunione Internazionale dei Servizi di Sanità Militare.

Luglio, 21-26, Lilla: Congresso di medici alienisti e neurologi della Francia e dei Paesi di lingua francese. (Segr. gen.: Dr. Pierre Comtennale, rue d'Esquermes 93, Lille).

Luglio, 25-27, Liegi: Sessione straordinaria della Società Belga di Ginecologia e Ostetricia.

Luglio, 26-27, Liegi: II Congresso belga di neurologia e psichiatria. (Segr. gen.: Dr. Leroy, rue Hemricourt 30, Liége, Belgio).

Agosto, 3-9, Londra: II Congresso della Società Internazionale di sessuologia. (Segreteria: Department of Animal Genetics, King's Buildings, The University of Edinburg).

Agosto, 5-9, Copenaghen: Congresso internaz. di dermatologia e sifilografia. (Segret. gener.: M. Swend Lombholt, Raadhuspladsen 45, Copenhague).

Agosto, 13-16, Oslo: VII Conferenza dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi. (Informazioni: prof. G. Mendes, via Toscana 12, Roma).

Agosto, 17-20, Stoccolma: II Congresso internazionale di pediatria. (Segret. per l'Italia: prof. C. Cattaneo, via Commenda 12, Milano).

Settembre, 14-18, Liegi: V Congresso internaz. di fisioterapia. (Segr. gen.: Dr. Dubois-Trépagne, rue Louvrex 25, Liége; segret. per l'Italia: prof. G. Ceresole, Ospedale Civile, Venezia).

Settembre, 15, Montreal: Congresso dei medici di lingua francese dell'America del Nord.

Settembre, 15-17, Venezia: Congresso italiano di stomatologia.

Settembre, 19-20, Liegi: Congresso della Lega internaz. contro il reumatismo.

Settembre, 23-27, Liegi: XXI Congresso medico francese. (Segr. gen.: prof. Roskam, Liége).

Settembre, Tiflis: Congresso transcaucasico di ostetricia e ginecologia.

Settembre, fine, Rodi: XXI Congresso italiano d'idrologia, climatol. e terapia fis. (Segr. gen.: prof. Carlo G. Gasperini, Rodi, Egeo).

Ottobre, 6-8, Budapest: X Congresso della Soc. Tedesca per le malattie della digestione e del ricambio. (Segr. gen.: prof. R. von den Velder, Bambergerstrasse 49, Berlin W. 30).

Ottobre, 6-12, Parigi: XXXIX Congresso della Assoc. franc. di chirurgia .(Segr. gen.: M. Grégoire, rue de l'Université 20, Paris).

Ottobre, 7-11, Parigi: XXX Congresso francese d'urologia. (Segr. gen.: Dr. O. Pasteau, avenue de Villars 13, Paris VII).

Ottobre, 9-11, Parigi: Congresso francese d'ortopedia. (Segr. gen.: M. Mathieu, rue Veneau 74, Paris VII).

Ottobre, 15 e ss., Lisbona: XIII Congresso internazionale d'idrologia, climatologia e geologia mediche. (Inform.: prof. Raposo de Magalhaes, rua de Buenos Aires 3, Lisbona).

Ottobre, prima quindic., Roma: XXXVI Congresso della Società it. di medicina interna; XXXVII Congresso della Soc. it. di chirurgia; XXI Congresso della Soc. it. di ortopedia; IX Congresso della Soc. it. di urologia.

Ottobre, data indet., Parigi: XI Congresso dei medici-chirurgi ospedalieri; XVIII Congresso francese d'oto-rino-laringologia; XXII Congresso francese di igiene.

Autunno, Milano: XXVIII Congresso della Soc. it. di ostetr. e ginecol. (Segret. gen.: prof. C. Micheli, via XX Settembre 68, Roma).

Novembre, data indet., Parigi: XXXIII Riunione annua della Società di psicoterapia.

1931.

Maggio, Mosca: IX Congresso degli ostetrici e ginecologi dell'U. R. S. S. (Informaz.: Maternità Lepekhinsky, Pokrovskie Vorota, Mosca).

Agosto 31-5 settembre, Berna: Congresso internazionale di neurologia. (Segr. gen.: Ch. du Bois, Falkenhöheweg 20, Berna).

Data indeterminata: Ginevra: VI Congresso internazionale d'infortunistica e malattie del lavoro (Segr. gen.: Dr. Yersin, rue du Rhône 1, Genève, Svizzera); Parigi: III Congresso internaz. di radiologia medica; Budapest, IV Congresso internaz. di medicina e farmacia militari; Budapest: Congresso internaz. di stomatologia.

1932.

Madrid: II Congresso internaz. d'oto-rino-laringologia; Copenaghen: II Congresso internaz. d'actinologia; Italia: XIV Congresso internaz. di fisiologia; Spagna: IX Congresso internaz. di chirurgia. (Segr. gen.: prof. Leopold Mayer, Bruxelles).

1933.

Madrid: XI Congresso internaz. d'oftalmologia.

Prolusioni.

Il prof. Nicola Leotta ha tenuto a Palermo la prolusione al corso di clinica chirurgica, svolgendo il tema: « Dottrina, azione e morale chirurgica ». Egli ha dimostrato il continuo divenire della chirurgia; ha lumeggiato magistralmente gl'intimi rapporti tra la chirurgia e la medicina interna; ha fatto valere, infine, l'importanza del sentimento nel guidare l'opera del chirurgo: « All'infuori dell'intervento, durante il quale tutte le sue facoltà sono tese verso la precisione delle sue manovre e tutte le energie del suo spirito sono pronte a tutto osare, senza vili paure e senza folli ardimenti, l'opera sua diuturna richiede una spiccata personalità morale e sentimenti delicati, necessari non meno della sua dottrina e della sua tecnica per la sua missione, che non vuole astrazioni accademiche nè false sentimentalità e neanche volgari realismi, ma alito caldo di pietà umana, la quale ha potenti risorse curative sulle ferite dello spirito, non meno dolorose di quelle della carne ». La prolusione è stata entusiasticamente accolta da applausi.

* * *

L'on. prof. Raffaele Paolucci ha tenuto a Parma la prolusione al suo corso di clinica chirurgica, trattando, con molta dottrina, il tema: « Malati chirurgici del passato ».

Prima della prolusione il preside della Facoltà, prof. Pelagatti, ha pronunziato nobili parole al nuovo titolare, eroe di Pola, vice-presidente della Camera.

Alla cerimonia erano intervenute le autorità politiche e cittadine, il corpo accademico al completo, molti invitati.

Conferenze.

Il prof. Pietro Rondoni ha tenuto una conferenza, al « Rotary Club » di Milano, svolgendo il tema: « Teoria e pratica nella medicina ».

Egli ha posto in piena evidenza l'importanza che le scoperte di laboratorio assumono nel campo pratico, il quale viene ad esserne continuamente rinnovato.

In particolare si è soffermato sul problema del cancro, che ora viene aggredito da moltissime parti e pel quale si prevede non lontana qualche realizzazione. Ha colto l'occasione per ricordare la grande opera compiuta da Luigi Mangiagalli con la fondazione dell'Istituto per lo studio e la cura del cancro. Ha deplorato che in Italia si doni molto solo per la carità, non per la scienza pura, mentre il denaro speso nella scienza può rendere benefizi incomparabilmente superiori. Tanto maggiore è il merito di aver fondato l'Istituto del cancro, il quale rappresenta un affiatamento tra carità e scienza.

* * *

Nell'aula magna dell'Università di Barcellona, alla presenza delle autorità e di numerosi scienziati, il prof. Pende, dell'Università di Genova, ha tenuto una conferenza sulle applicazioni mediche e sociali fatte in Italia mediante l'Istituto biologico ortogenetico di Genova.

La conferenza è stata intermezzata da interessanti proiezioni che hanno dimostrato ad evidenza quanta importanza si dia oggi in Italia, per volontà del Governo, alla tutela dello sviluppo fisico e psichico delle nuove generazioni ed alla selezione dei lavoranti del braccio e della mente.

Inaugurazioni dell'anno accademico.

Tra i discorsi inaugurali, di cui demmo già notizia, è da segnalare anche quello del prof. C. Agostini alla R. Università di Perugia su « I nuovi orizzonti della medicina nella legislazione fascista del lavoro ».

Ritiro dall'insegnamento.

Nel 1930 andranno a riposo, per limiti di età, i proff. Nicola Pane, di batteriologia a Napoli, e Igino Tansini, di clinica chirurgica a Pavia.

Corso di tisiologia e lotta antitubercolare in Napoli.

Nella Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana (S. Aniello Caponapoli, N. 2), da giovedì 16 gennaio a mercoledì 26 febbraio 1930, in tutti i giorni feriali, si tiene il IV Corso di tisiologia e lotta antitubercolare, svolto da tutti i professori della Scuola Libera.

Durante il Corso si alternano le lezioni dimostrative per la diagnosi precoce della infezione tubercolare nei vari organi; le esercitazioni pratiche di semiotica e di terapia nei gabinetti e laboratori di chimica clinica, di microscopia, di batteriologia, di sierologia, di terapia fisica, di vaccinoterapia, di pneumotorace terapeutico; la illustrazione delle leggi e dei vari provvedimenti del Governo, a cominciare dal funzionamento dei dispensari, dei Consorzi, dei sanatori antitubercolari, delle assicurazioni sociali; le gite d'istruzione nelle istituzioni antitubercolari e di igiene sociale in Napoli e dintorni.

Al Corso sono ammessi i medici e gli studenti di medicina di VI anno. Le iscrizioni sono gratuite.

Quarantennio del Policlinico di Torino.

Nella sala comunale di Torino è stato solennemente ricordato il quarantennio di vita del Policlinico Umberto I. Alla presenza del Duca di Genova, che di recente ha compiuto un munifico gesto a favore del Policlinico, il podestà, conte Thaon de Revel, ha fatto la relazione dell'ope-

ra filantropica; poi ha proceduto all'inaugurazione di due lapidi, in memoria dei proff. Forlanini e Negro, i quali furono gl'ideatori della benefica istituzione.

Per l'Università di Pavia.

L'Università di Pavia ha ricevuto due donazioni, dell'importo complessivo di L. 100.000 nominali, per l'istituzione di una borsa di studio triennale (L. 60.000) e di un premio annuale (L. 40.000), entrambi intitolati al nome del dott. Carlo Biroli, a favore di studenti della Facoltà medica.

La stessa Università ha ricevuto un legato di L. 15.000, disposto dal compianto prof. Arturo Guzzoni degli Ancarani, per l'istituzione di un premio a favore di studenti della Facoltà medica.

Per il Policlinico del Lavoro in Roma.

La Federazione Nazionale Fascista dei Costruttori, interprete del sentimento degli industriali edili d'Italia, ha deliberato, in occasione delle auguste nozze del Principe Umberto con la Principessa Maria José, di offrire un contributo di L. 5000 al Policlinico del Lavoro in Roma.

Unione Internazionale di Soccorso.

Il Consiglio Federale Svizzero ha deposto alla Segreteria della Società delle Nazioni la sua adesione alla convenzione e allo statuto che costituiscono una Unione internazionale di soccorso, conclusa a Ginevra il 12 luglio 1927. Con questa adesione il numero delle ratifiche pervenute sale a 19. L'entrata in vigore della convenzione è subordinata però ad una doppia condizione: da un lato il numero delle ratifiche di adesione deve ammontare a 12 e, dall'altra, la cifra dei contributi da versare da ogni singolo contraente deve elevarsi a 600. Il numero delle ratifiche è dunque superato, ma la cifra dei contributi rappresentati dalle 19 ratifiche non ammonta che a 400, restando così ancora inferiore alla cifra prevista.

Consiglio Nazionale delle Ricerche.

La Presidenza del Comitato medico ha diramato ai periodici di medicina una circolare, in data 23 dicembre 1929, in cui si prega di fare in modo che ogni lavoro originale sia accompagnato da un breve sunto, preparato dall'autore, in conformità allo schema seguente:

1) Enunciazione del titolo e scopo del lavoro;
2) Casi osservati, esperimenti fatti, metodi seguiti, ecc.;
3) Conclusioni.

Le assicurazioni sociali in Francia.

Un decreto in data 21 novembre 1929 ha istituito un Ufficio in ogni Dipartimento francese, per l'applicazione della legge sulle assicurazioni sociali. Secondo l'importanza dei Dipartimenti, gli Uffici sono ripartiti in tre categorie; il Dipartimento della Senna è classificato fuori categoria. Ogni ufficio comprende un direttore, un vice-direttore (due pel Dipartimento della Senna) e gli impieghi di capo-sezioni, redattori, verificatori, ispettori, applicati principali, applicati, steno-dattilografe, agenti ausiliari. Gli stipendi dei direttori vanno da fr. 22.000 a 41.000 iniziali (elevabili a 36.000-51.000); quelli dei vice-direttori sono di fr. 22.000 elevabili a 32.000.

" Nord-Sud ".

La prof.a Laignel-Lavastine consacra uno splendido articolo, sulla « Presse Médicale » del 25 dicembre 1929, all'ultimo viaggio Nord-Sud, organizzato per i medici stranieri dal nostro Ente Nazionale Industrie Turistiche (Enit). Sotto la direzione del prof. Guido Ruata, dal 10 al 26 settembre furono visitate numerose stazioni idrominerali e climatiche d'Italia « nelle migliori condizioni di comfort e di godimento ». L'articolo reca 3 illustrazioni.

Per l'abilitazione all'esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie.

Sono terminati gli esami banditi nel decorso anno dal Ministero dell'Interno per l'abilitazione all'esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie. Hanno conseguito l'abilitazione all'esercizio della rispettiva arte: ottici n. 1020; odontotecnici, 1600; meccanici ortopedici, 380; infermieri generici, 28.780; massaggiatori, 450; capi bagnini idroterapici, 495.

In seguito all'avvenuta chiusura della sessione d'esami, a norma della legge 23 giugno 1927, n. 1263, è ora rigorosamente vietato l'esercizio delle arti suddette a coloro che non si siano muniti del prescritto titolo d'abilitazione.

Il Ministro dell'Interno, però, ha già bandito una seconda sessione d'esami per tutte le arti ausiliarie per coloro i quali, pur avendone diritto, non poterono conseguire il titolo nella sessione testè chiusasi e per coloro che abbiano 4 anni di tirocinio come apprendisti nelle arti suddette.

Gli esami avranno luogo nelle seguenti sedi: Agrigento, Alessandria, Ancona, Ascoli Piceno, Bari, Belluno, Bergamo, Bologna, Brescia, Cagliari, Caltanissetta, Catania, Catanzaro, Chieti, Como, Cremona, Cuneo, Firenze, Fiume, Foggia, Forlì, Genova, Lecce, Livorno, Massa, Messina, Milano, Modena, Napoli, Novara, Padova, Palermo, Parma, Pavia, Perugia, Pesaro, Pisa, Potenza, Reggio Calabria, Rieti, Roma, Sassari, Siena, Siracusa, Taranto, Torino, Trapani, Trento, Trieste. Udine, Varese, Venezia, Verona, Vicenza, Viterbo, Zara.

Le domande d'ammissione agli esami dovranno pervenire non oltre il termine improrogabile del 31 marzo p. v. alle Prefetture delle suddette città, corredate dai documenti prescritti dal regolamento 31 gennaio 1928, n. 1334. Gli interessati dovranno rivolgersi, per maggiori chiarimenti, alle R. Prefetture ed agli uffici comunali.

Commemorazione di Pasteur a Bordighera.

Negli ultimi anni della sua vita così feconda di bene per l'umanità, il grande Pasteur soggiornò, per fortificare il suo corpo colpito da grave infermità, nella bella e profumata cittadina di Bordighera. Come avevamo annunziato, il 3 gennaio convennero ivi, a commemorare il soggiorno italiano del grande genio francese, numerosi medici facenti parte di una comitiva della « Société Médicale de la Méditerranée ».

La cerimonia ebbe carattere ufficiale, e vi assisteva quale delegato del nostro Ministero dell'educazione nazionale il prof. Nicola Pende. Il presidente del Comitato per le onoranze era pure un medico italiano esercente a Nizza, il dott. Targhetta. Ricevuti dal Podestà di Bordighera e dalle locali autorità fasciste e sanitarie, i medici stranieri si recarono in devoto pellegrinaggio alla casa già abitata da Pasteur. Poi nel Museo preistorico di Bordighera furono pronunciati elevati discorsi da ciascuno dei rappresentanti delle nazioni straniere. Per i medici francesi prese la parola il prof. Marcel Labbé di Parigi. Il prof. Pende ha ricordato come il Pasteur avesse avuto in Italia due grandi precursori in Agostino Bassi e Filippo Pacini, ed ha concluso potersi proclamare il Pasteur non solo padre della batteriologia, ma anche padre della medicina contemporanea, che è fondata tutta sulla clinica della materia vivente, scienza dalla quale il Pasteur derivò le sue memorabili scoperte.

Alla cerimonia, animata da grande cordialità tra scienziati francesi e rappresentanti italiani, seguì una colazione nel Casino di Sanremo.

In memoria di Angelo Mosso.

Nell'aula dell'Istituto di Fisiologia di Torino è stato scoperto un busto di Angelo Mosso. Il rettore, prof. Pivano, rievocò l'opera del grande scienziato, che per trent'anni profuse dalla cattedra, la luce del sapere; ricordò anche il suo apostolato per l'educazione fisica, la sua passione per l'archeologia, le sue ricerche sulle Alpi. Anche il preside della Facoltà Medica, prof. Maggiora Vergano, pronunziò una breve allocuzione. Erano rappresentate le Università di Genova, Milano e Modena ed erano presenti le maggiori autorità scientifiche, politiche, cittadine, militari di Torino.

Con gentile pensiero, in calce al busto si è voluto incidere anche il nome della dott.a Mariannina Levi, che fu per molti anni devota assistente del Mosso, il quale la ebbe particolarmente cara: la valente studiosa finì tragicamente, travolta da una valanga sulle Alpi.

In memoria di Sicard.

È stato scoperto un medaglione in memoria di J.-A. Sicard, con un'iscrizione dettata dal suo amico prof. Dumas, che dice semplicemente « Fu il medico del dolore ». Alla commovente cerimonia intervennero le più spiccate notabilità mediche di Parigi e alcune della provincia e dell'estero. Numerosi ed efficaci gli oratori.

Vittima della professione.

È morto a Barcellona il dott. prof. Augusto Prió y Llevaría, in seguito a lesioni distruttive prodotte dai raggi X, alla cui applicazioni egli si era dedicato fin da studente, nel 1895. Insegnava radiologia presso la Facoltà medica. Godeva di largo prestigio.

Tentativo poco fortunato di asueroterapia.

Tre medici che applicano il sistema curativo del dott. Asuero si erano stabiliti in un albergo centrale di Torino; sfrattati quasi subito, col pretesto del trambusto cagionato dai clienti, si erano rifugiati in un alloggetto mobiliato; ma la loro attività è stata definitivamente troncata con un decreto prefettizio, che ordinava la chiusura dell'improvvisato ambulatorio.

La scienza medica romena ha perduto uno dei suoi rappresentanti più illustri, con la scomparsa prematura del prof. DIMITRI JONESCO, spentosi a soli 53 anni, per una violenta infezione.

Dopo avere insegnato farmacologia a Jassy ed a Bucarest, gli fu affidata la direzione della III Clinica Medica di Bucarest, nell'Ospedale « Filantropia ». Ivi potè dare tutta la misura del suo valore come clinico, organizzatore e caposcuola. Le sue grandi conoscenze della tecnica sperimentale lo condussero a creare, intorno alla clinica propriamente detta, numerosi laboratori: di fisiologia, microbiologia, emo-serologia, chimica biologica, radiologia, anatomopatologia; di modo che i problemi più complessi, sollevati dalla clinica, potevano essere affrontati.

Vanno specialmente segnalate le ricerche sperimentali e cliniche sul trattamento chirurgico dell'angina di petto, sulle vie sensitive del cuore, sul meccanismo del riflesso cardiaco, sull'ormone cardiaco, sullo stato funzionale del cuore dopo la resezione del ganglio stellato: ne è derivata la dimostrazione del valore che spetta alla simpatectomia cervico-toracica per il trattamento dell'angina di petto, operazione proposta ed attuata dal compianto prof. Thomas Jonesco, con la collaborazione del quale furono compiuti i primi lavori. Di recente il prof. D. Jonesco aveva specialmente indagato il metabolismo nel diabete, l'azione iperglicemizzante primitiva dell'insulina, l'azione dell'insulina sulla contrattilità della milza, ecc.

Ultimamente si era impegnato a fondo nella riorganizzazione della Clinica; ma non ha avuto la soddisfazione di vedere la sua opera compiuta.

P. M.

È morto a Montmorency, in età di 79 anni, il dott. GUGLIELMO GUELPA. Nato a Camaldolí (Piemonte), si era stabilito a Parigi subito dopo la laurea. Acquistò larga fama una ventina di anni or sono, quando introdusse il « metodo Guelpa » del digiuno periodico e delle purghe saline per la cura delle malattie da iperalimentazione. Godeva di molto credito anche tra i medici e fece molte delle sue comunicazioni alla « Société de Médecine de Paris » ed alla « Société de Thérapeutique ». In questi ultimi anni si era ritirato a vita campestre.

M.

Si è spento il prof. comm. GIOVANNI FIORE, che ha spiegato un'intensa attività nel campo del giornalismo medico; ora dirigeva il « Pensiero Medico » di Milano.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 10-20 set. — J. Janneneg. Appendicite calcolosa.

Ann. di Clin. Med. ecc., IV. — M. Gerbasi. Correnti d'azione del cuore in alcune malattie infett. dei bambini. — B. Vasile. Bac. di Bang e microc. melitense. — G. Antinori. Azione *in vivo* dei fenolipoidi.

Arch. di Ost. e Gin., sett. — Testa. Funzioni del liquor folliculi e della secrez. luteinica. — Rio. Vitamina della fertilità.

Arch. Ital. di Dermatol. ecc., lug. — G. Petrassi. Calcinosi cutanee. — G. Lauteri. Leucopenia nella sifilide.

Medicinsky Pregled, set. — M. Sekulic. Autoemoterapia degli essudati pleurici.

Dermosifilografo, sett. — E. Ciambellotti. Cura delle ulcere da varici.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 15 set. — G. Bertaccini. Equilibrio acido-base in dermatologia.

Riforma Med., 14 set. — G. Pennetti. L'ergotamina nel m. Flajani-Basedow. — L. Turano. Röntgenterapia del mal perforante del piede.

Deut. Med. Woch., 20 sett. — Richter. Pinguedine e obesità. — Brüning e al. Il quadro morboso e l'infettività del morbillo sono mutati?

Münch. Med. Woch., 20 set. — Sephan, Ottow. Insulinoterapia perorale. — Martin. Anestesia dello splancnico alla Braun.

Mediz. Welt, 21 set. — A. Müller. Il massaggio nella pratica del medico. — R. Menzel. Meccanismo dell'asma bronch.

Arch. Argent. de Enfermed. del Apar. Digest. ecc., 6. — J. J. Spangenberg. Nuova forma clinica della granulomatosi spleno-lombo-aortica. — C. Bonorino Udaondo. Fattori neurogeni costituzionali nelle coliti mucose.

Zbl. f. Chir., 21 set. — O. Orth. Atonia gastr. post-operat. — O. Köhler. Esame funzionale quantitativo del rene.

Amer. Journ. Med. Sc., set. — J. Sailer e al. Infezione letale dell'intestino da Bac. aërogenes capsulatus. — G. S. Swetlow. Le vie degli impulsi dolorosi nelle cardiopatie. — G. J. Chandler e E. Burvill-Holmes. Reperti clinici e roentgenologici del cuore e dei grandi vasi. — A. C. Erustene. Trombosi coronarie.

Journal A. M. A., 7 sett. — M. H. Rees. Rapporti tra fisiologia e medicina clinica. — C. C. Sturgis e R. Isaacs. Stomaco disseccato nel trattamento dell'anemia pernic. — R. E. Knutti. Mielite e paralisi ascendenti da virus rabico.

Pediatria, 15 sett. — G. A. Piane. Curva glicemica e azione del timo.

Riforma med., 21 set. — M. Fiorentino. Dosaggio dell'urea in piccole quantità di sangue. — G. B. A. Gianotti. Tremore nell'avvelenam. profession. da solfuro di carbonio.

Rev. Méd Suisse Rom., 25 sett. — E. Martin. Diabete acromegalico.

Riv. Ospedaliera, ag. — L. Pezzotti. Tbc. evolutiva incipiente.

Riv. di Cl. Ped., sett. — E. Medda. Sindromi emorragiche nel bambino.

Proc. R. Soc. of Med., set. — Discussione sul tema: Indicazioni e risultati della splenectomia. — Casistica.

Prensa Méd. Arg., 10 set. — J. Diez e A. G. Frugoni. Quadro clinico delle acidosi e delle alcalosi post-operatorie.

Ann. Ital. di Chir., set. — G. Lino. Della cosidetta « ematuria essenziale ». — C. Calef. Morbo di Osgood-Schlatter. — N. Mori. Isopatine.

Wien. Klin. Woch., 26 set. — Edelmann e al. Carcinolisine. — Kahler. Disturbi gastro-intest. d'orig. vascolare.

Spitalul, set. — A. Olbregia e P. Tomescu. Catatonia periodica.

Mediz. Welt, 26 sett. — M. Gedson. Dietoterapia della tbc. — R. Hecker. Sviluppo corporeo del bambino nelle grandi città.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. Ascoli, Red. resp.**

ANNO XXXVII — Roma, 27 Gennaio 1930 — Num. 4

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTA SINTETICA.

Le congiuntiviti.

Dott. FRANCESCO MEZZATESTA
Libero Docente di Clinica Oculistica
nella R. Università di Roma.

La mucosa congiuntivale, esposta com'è agli agenti atmosferici esterni, è soggetta a subire l'azione nociva di germi o di fattori irritanti chimici o fisici, che dànno luogo a reazioni irritative o infiammatorie dette genericamente congiuntiviti.

Normalmente nei fornici congiuntivali risiede una flora batterica rigogliosa, tra cui stafilococchi e streptococchi, che però vivono allo stato saprofitico, data la detersione continua delle lagrime. Se per cause diverse o in determinate circostanze aumenta il numero dei germi o peggio la loro virulenza; se arrivano nuovi microrganismi francamente patogeni per la congiuntiva, come il bacillo di Kock-Wecks o di Morax-Axenfeld, o di Löffler o il gonococco ecc., ed allora insorgono congiuntiviti infiammatorie a caratteri più o meno bene definiti, che possono nettamente differenziare le une dalle altre. Vi sono poi le congiuntiviti irritative — che vanno dalla semplice iperemia alla congiuntivite fortemente segregante — dovute ad agenti atmosferici esterni, come la polvere, il fumo, la luce ricca di raggi ultravioletti, la calce, il cemento, il tabacco ecc. Vi sono anche congiuntiviti legate allo stato generale, come le forme linfatiche, le reazioni congiuntivali nelle malattie esantematiche, le irritazioni che si hanno negli uricemici ecc. Poichè in generale trattasi di causa microbica, bisogna ammettere che le congiuntiviti sono quasi sempre contagiose: evidentemente non si ha contagio se non vi è secrezione. La secrezione è costituita dall'essudato che si forma in seguito al processo infiammatorio, e che,

secondo l'infiammazione, è catarrale fibrinoso crupale purulento.

Il contagio avviene ordinariamente per via indiretta: uso comune di guanciali, fazzoletti, asciugamani, per cui è da consigliare all'ammalato di non permettere ad altri che usi biancheria già da lui usata. Per quanto raramente, si può anche avere un contagio diretto, per es.: la madre che bacia il suo piccolo strofinando gli occhi sugli occhi, o il blenorragico che distrattamente porti il secreto uretrale nel sacco congiuntivale. I germi però delle congiuntiviti sono molto sensibili al disseccamento, e quindi si può senz'altro escludere la possibilità della trasmissione attraverso la polvere. In genere per la diagnosi e la terapia non è necessario l'esame batteriologico del secreto; in alcuni casi, però, esso è non solo utile ma indispensabile per una diagnosi differenziale tra forma difterica per es. e pseudodifterica, tra forma blenorragica e da Kock-Weks. In tal caso con un'ansa di platino sterilizzata alla fiamma, si preleva un po' di secrezione del fornice inferiore o superiore e si fa lo striscio sul vetrino: bisogna evitare accuratamente i bordi e gli angoli palpebrali dove risiedono germi comuni, che possono disturbare la chiarezza del reperto batteriologico: è opportuno anche prelevare il materiale durante il periodo di accrescimento o nell'acme dell'affezione, giacchè durante la decrescenza i germi scompaiono rapidamente lasciando il posto a quelli comuni saprofiti. Nelle congiuntiviti è controindicato il bendaggio degli occhi, perchè la secrezione, stagnando a contatto della cornea, potrebbe provocare l'infezione di quest'ultima, determinando cheratiti fastidiose e talvolta pericolose; è opportuno usare solo occhiali protettivi affumicati.

Le congiuntiviti possono essere classificate in diversi modi e principalmente o secondo i germi che le provocano, o secondo le manifestazioni cliniche apparenti.

Agli effetti pratici è sufficiente la classificazione di Axenfeld in:

congiuntivite semplice o catarrale (acuta e cronica);

congiuntivite pseudomembranosa (non difterica o crupale e difterica);

congiuntivite blenorragica (dei neonati e degli adulti);

congiuntivite granulosa (tracoma);

congiuntivite follicolare e catarro primaverile.

Evidentemente questa classificazione è insufficiente, perchè basata quasi esclusivamente sull'aspetto clinico della lesione, mentre la clinica stessa c'insegna che molti quadri patologici apparentemente simili possono avere una etiologia differente. È quindi importante saper riconoscere bene la lesione per determinarne sia la prognosi sia la contagiosità ed il trattamento, che non è sempre eguale.

Non si può pretendere però che il pratico studi il caso a fondo: per lui l'aspetto è decisivo e solo eccezionalmente ricorrerà all'esame batteriologico del secreto, per differenziare per es. una congiuntivite acuta da una forma blenorragica. Ma altri tipi di congiuntiviti vi sono ancora: quelle che De Lieto Vollaro chiama da efflorescenze e da affezioni eruttive della pelle (linfatiche, eczematose, da malattie esantematiche), e quelle da infezioni specifiche a tipo granulomatoso (tubercolare, leprosa, sifilitica, sporotricotica, ecc.). Ancora vi sono le congiuntiviti di natura endogena o ematogena, in cui il germe non è stato ancora dimostrato, o l'esame batteriologico ha dato risultato negativo: così alcune irritazioni congiuntivali dei gottosi, o congiuntiviti bilaterali con reperto negativo in individui affetti da reumatismo blenorragico, in cui ogni riacutizzazione del reumatismo dà riacutizzazioni ribelli delle congiuntiviti (congiuntivite blenorragica spontanea di Fournier). Anche le congiuntiviti secondarie a processi infiammatori o disturbi vasomotori della mucosa nasale, non sono infrequenti.

Senza addentrarci nella discussione delle diverse forme, che esorbita dai limiti impostici, daremo la descrizione sommaria delle congiuntiviti più importanti e cominceremo dalla *congiuntivite catarrale acuta.* Essa è relativamente frequente e si presenta sotto vari aspetti, secondo l'agente che la determina, pur essendo caratterizzata dalla presenza di una secrezione mucosa o muco-purulenta più o meno abbondante. La causa etiologica più comune è quella batterica; bacillo di Kock-Weks, diplobacillo di Morax-Axenfeld, pneumococco di Fränkel, streptococco, stafilococco, micrococcus catarralis, coccobacillo di Pfeiffer; inoltre anche la presenza prolungata di corpi estranei nei fornici, o di insetti o larve (oftalmomiasi). Obbiettivamente si nota rossore e gonfiore della congiuntiva palpebrale e dei fornici e congestione della congiuntiva bulbare, che può giungere sino ad una vera e propria chemosi ed edema delle palpebre: secrezione più o meno abbondante, acquosa in principio con qualche fiocco di muco, poi mucosa e quindi muco-purulenta. La secrezione si accumula durante la notte e si rapprende sul margine palpebrale, determinando appiccicamento dei due bordi fra di loro. Subbiettivamente il paziente ha prurito e bruciore sulla congiuntiva con sensazione di corpi estranei; disturbi nella visione dovuti al muco che si spande sulla cornea; talvolta anche fotofobia. Il processo raggiunge il massimo in tre o quattro giorni e poi decresce fino a scomparire dopo quindici o venti giorni; talvolta invece della guarigione si ha il passaggio allo stato cronico. Come complicanza si può avere un infiltrato marginale della cornea che si trasforma in ulcera (ulcera catarrale) e che guarisce col guarire della congiuntivite. Tale quadro morboso subisce però delle variazioni, secondo la

natura dell'agente microbico, e presenta dei caratteri più o meno marcati, che si accompagnano a coriza, a lagrimazione. La prognosi in generale è fausta, perchè guarisce completamente se trattata con mezzi opportuni; solo in casi eccezionali si hanno ulceri corneali gravi ed iriti. La cura consiste in lavaggi abbondanti dei fornici con soluzione di sublimato 1/7000 e nella instillazione di sali organici d'argento (protargolo, argirolo) al 3-5 %; nel periodo acuto è opportuno anche fare pennellature di nitrato d'argento al 2 % in giorni alterni, neutralizzando l'eccesso con soluzione satura di cloruro di sodio.

Ad evitare che le ciglia si attacchino durante la notte si faccia spalmare sui margini palpebrali un po' di vaselina borica, specie se si siano formate ragadi agli angoli o irritazione ed escoriazione dei margini. Scomparsa la secrezione si instillerà una soluzione di solfato di zinco 1/2 % per 30 o 40 giorni e si laverà con soluzione di acido borico o borato di sodio 2 %. Nei casi di congiuntivite con pseudomembrane è controindicato l'uso di pennellature di nitrato d'argento, perchè queste agevolano la formazione delle pseudomembrane stesse. In tali forme, se la ricerca del bacillo di Löffler è negativa, arrovesciate le palpebre, si staccheranno le pseudomembrane e si instillerà una soluzione di acido picrico al 2 %, e solo quando saranno scomparse le pseudomembrane si passerà alla instillazione di protargolo e quindi di solfato di zinco.

La *congiuntivite catarrale cronica* è secondaria a quella acuta, o primaria in individui sottoposti ad irritazioni continue o a condizioni antigieniche di vita: polvere, fumo, vento, sonno insufficiente, veglia prolungata, surmenage visivo a luce scarsa, eccessi alcoolici, ecc. Obbiettivamente si nota arrossamento più o meno lieve della congiuntiva tarsale e del fornice con secrezione scarsissima; subiettivamente senso di « sabbia negli occhi ». La cura consiste in instillazioni biquotidiane di solfato di zinco 1 % o alternate con instillazioni di acido tannico in glicerina neutra 3 %, cercando principalmente di eliminare la causa che l'ha determinato.

La *congiuntivite difterica* è caratterizzata dalla presenza di pseudomembrane facilmente rimovibili, che asportate lasciano a nudo la sottostante congiuntiva quasi integra o poco sanguinante. Si differenzia dalla congiuntivite da streptococco o da gonococco, perchè qui le pseudomembrane possono essere anche interstiziali e profonde. È necessario però fare la ricerca del bacillo di Löffler, sia culturale che biologica, per una diagnosi differenziale, tenendo presente che non basta il secreto per un esame accurato, inquantochè può mancare il germe, ma occorre inviare al laboratorio qualche pezzo di pseudomembrana. La congiuntivite difterica si può presentare o in forma leggera o in forma grave secondo l'intensità dei sintomi, che vanno da una secrezione scarsa ad una infiltrazione palpebrale così intensa che riesce quasi impossibile arrovesciare le palpebre: lo stato generale può essere buono o grave: le pseudomembrane però non mancano mai. Per la cura si faranno iniezioni di siero antidifterico, come nella difterite del cavo faringeo, e si instillerà anche nell'occhio siero antidifterico molto diluito in acqua distillata, 1/30; si faranno anche impacchi caldi e si laverà con soluzione borica 3 %. È opportuno, per la protezione della cornea, di applicare sotto le palpebre pomata allo xeroformio 5 %; mentre è da sconsigliare l'uso di preparati di argento e di compresse fredde. Le pseudomembrane non vanno toccate ma bisogna aspettarne l'eliminazione spontanea. Come complicanze si possono avere infiltrati ed ulceri corneali abbastanza gravi, che possono portare sino alla perdita dell'occhio. Data la estrema contagiosità della malattia, bisogna prendere tutte le precauzioni profilattiche di isolamento, necessarie anche nei casi lievi, con disinfezione accurata dell'ambiente e di tutto il materiale venuto a contatto col malato.

La *congiuntivite blenorragica*, che può colpire tanto gli adulti quanto i neonati, è prodotta dal contagio diretto col virus gonococcico, per trasporto del pus infettante nell'occhio. Nell'adulto il veicolo è costituito dalle mani, dall'ovatta, biancheria, oggetti di toilette sporchi di pus blenorragico; nel neonato si ha o il contagio diretto durante il passaggio attraverso il canale vaginale ammalato, o per la penetrazione nell'occhio di acqua del bagno inquinata della secrezione blenorragica di cui è intriso il corpo. Negli adulti, dopo 1 o 2 giorni di incubazione, nei quali la congiuntiva diventa sempre più rossa infiammata con senso di bruciore e lagrimazione, si stabilisce il quadro classico dell'oftalmoblenorrea con palpebre fortemente tumide a cute rossa lucente, dolenti alla palpazione; la congiuntiva tarsale e bulbare è edematosa infiltrata rigonfia sino a costituire un vero cercine attorno alla cornea. La secrezione, che da principio è scarsa sierosa, diviene presto purulenta ed abbondante fino a colare lungo le guance: allorchè si divaricano le palpebre sgorga a flotti dalla rima e può anche venire proiettata fuori, addosso all'osservatore. Il medico perciò deve tenere presente questa eventualità ed osservare il paziente stando non di fronte ma lateralmente e ad una conveniente distanza. In questo secondo periodo, detto della piorrea, la congiuntiva è intensamente chemotica a superfice vellutata facilmente sanguinante e spesso coperta da pseudomembrane grigiastre. In un terzo periodo, dopo 2 o 4 settimane, la secrezione diminuisce, diviene gradatamente mucosa fino a scomparire, e si ha una *restitutio ad integrum* della congiuntiva. Il pericolo grave è la complicanza corneale, perchè la cornea, strozzata dal cercine edematoso della con-

giuntiva, è fortemente disturbata nella sua nutrizione e quindi più esposta alla infezione. Si ha dapprima un opacamento diffuso superficiale, quindi qualche punto di infiltrazione profonda verso il margine, a cui segue una ulcerazione con perforazione della cornea ed ernia dell'iride. Talvolta i punti d'infiltrazione sono numerosi e si giunge sino ad avere un ascesso anulare che porta alla fusione della cornea e perfino alla panoftalmite. Va da sè che quando la cornea è presa dal processo infiammatorio, la vista si può considerare ormai perduta ed è anche immanente la perdita dell'occhio. La cura consiste in trattamento generale e locale. Rispondono abbastanza bene le iniezioni di vaccino antigonococcico che rendono meno grave il decorso dell'infezione. Localmente si faranno lavaggi ogni mezz'ora con soluzione di permanganato di potassio 0,25-0,50 ‰ o di sublimato corrosivo 1/7000, e pennellature di nitrato d'argento 2 % ogni 12 o 24 ore sino alla scomparsa dell'escara; in seguito si instillerà protargolo o argirolo. Secondo Axenfeld, invece del nitrato d'argento, è più opportuna sin dal principio l'instillazione di protargolo o argirolo 10 %. Bisogna ricordare che è indispensabile impedire il ristagno della secrezione e che perciò i lavaggi debbono essere frequentissimi. Quando l'affezione è monoculare, è necessario proteggere l'altro occhio: questo si coprirà quindi con un vetrino da orologio fissato tutto intorno con sparadrappo.

L'*oftalmoblenorrea dei neonati*, che si presenta su per giù con lo stesso quadro sintomatologico, ha per fortuna un decorso meno grave: la congiuntiva bulbare è meno chemotica e quindi la cornea è meno esposta alle complicanze. La cura è la stessa: lavaggi, pennellature di nitrato d'argento, instillazione di protargolo. Se vi è complicanza corneale si instillerà soluzione di atropina 1 %, e si applicherà pomata allo xeroformio 5 %. Non è inutile ricordare che la profilassi è sempre la più indicata, e che la instillazione di due gocce di nitrato d'argento 2 %, dopo accurato lavaggio delle palpebre, appena il bambino è nato (metodo Credè), risparmia una oftalmoblenorrea sempre grave o per lo meno ne attenua il decorso. Spesso nei neonati, delle congiuntiviti semplici catarrali possono essere scambiate con forme blenorragiche o viceversa: è opportuno quindi procedere subito all'esame batteriologico del secreto, inquantochè le forme banali, oltre ad avere una prognosi fausta, abbisognano di una cura diversa.

Il *tracoma*, o *congiuntivite granulosa*, è una di quelle malattie oculari che, sia per la grande diffusione sia per le gravi complicanze che può dare, assume una capitale importanza ed è meritevole di speciale cognizione da parte di ogni medico per essere riconosciuto ed opportunamente curato sin dal principio. È caratterizzato da una infiltrazione infiammatoria dello strato adenoideo della congiuntiva con ipertrofia della congiuntiva stessa e formazione di granulazioni e follicoli, detti noduli del tracoma; termina con trasformazione cicatriziale, che lascia perennemente il ricordo e le conseguenze della malattia pregressa. Non è stato ancora trovato l'agente specifico che ne determina la contagiosità: certo quasi tutti ammettono che il tracoma è contagioso, e lo è tanto più quanto maggiore è la secrezione, come hanno dimostrato gli esperimenti di Addario, Frosch, Greeff, ecc. Nonostante le ultime esperienze di Noguchi, che avrebbe isolato un germe che riproduce nelle scimmie il quadro caratteristico del tracoma umano, non è stata ancora detta l'ultima parola: come sono tramontati i diversi cocchi e bacilli e clamidozoari, che furono poi ritrovati in altre forme di congiuntiviti banali, così è già battuta in breccia la scoperta di Noguchi, giacchè, come ha dimostrato Sarnelli al XXI Congresso dell'Associazione Oftalmologica italiana, le inoculazioni non hanno mai dato luogo a reazioni di sorta, per cui pare debba trattarsi di un virus differente. Del resto anche Guarino allo stesso Congresso affermava che si tratterebbe di « un sintoma evolutivo cronico di differenti scosse o shok sugli elementi linfoidi della mucosa congiuntivale ». Ammessa da molti la contagiosità del tracoma, è invece negata da alcuni, per lo meno come manifestazione diretta, inquantochè occorrono diversi fattori concomitanti, come la predisposizione individuale, le condizioni igieniche di vita difettose, la professione, lo stato sociale, ecc. Come ha luminosamente dimostrato Angelucci e la sua scuola, le alterazioni dell'anello di Waldeyer sono frequentissime nei giovani tracomatosi; basta talvolta modificare lo stato dell'apparecchio linfatico del cavo faringeo per vedere migliorare sensibilmente ed anche guarire il tracoma incipiente nei piccoli ammalati. Un altro fattore concomitante frequentissimo, dimostrato anche da Angelucci, è il vagotonismo, per cui non è raro incontrare il riflesso oculo-cardiaco nei tracomatosi. Il tracoma è detto la malattia dei poveri, perchè è facile trovarla in quegli agglomeramenti umani, che vivono in ambienti piccoli umidi senza sole nè aria e senza alcuna norma di igiene elementare, ma che per fortuna vanno oggi scomparendo. È detto tracoma perchè la congiuntiva si presenta scabra granulosa: ed infatti il sintoma obbiettivo predominante è costituito dall'ipertrofia delle papille, che dà alla congiuntiva un aspetto moriforme. Si hanno tre tipi di tracoma: 1) papillare, in cui vi sono numerosi punticini rotondi grigiastri disposti irregolarmente sulla congiuntiva tarsale superiore, che acquista perciò un aspetto vellutato o granuloso; 2) follicolare, in cui predominano i granuli tracomatosi della grossezza di una testa di spillo o voluminosi verrucosi appiattiti, disposti principalmente nel fornice superiore; 3) misto, che è il più comune, quando coesistono le due forme precedenti, papillare e

follicolare. Ordinariamente manca la compartecipazione della congiuntiva bulbare, e solo in secondo tempo si ha il passaggio alla palpebra inferiore. Già durante il periodo dell'infiltrazione la palpebra superiore è ispessita ed alquanto ptosica e da sola permette di fare una diagnosi a distanza ad un occhio esercitato. Il processo progredisce e poi termina con modificazioni cicatriziali, per cui la congiuntiva perde il suo aspetto ordinario ed è sostituita da strisce biancastre connettivali, che possono perfino ricoprire tutta la superficie interna della palpebra dando luogo ad una membrana pallida e liscia; il fornice è scomparso e sostituito anch'esso da una membrana cicatriziale. In seguito la congiuntiva si retrae, determinando incurvamento del tarso e quindi entropion.

Le complicanze più comuni sono il panno e l'ulcera corneale, dovuti in parte al fatto meccanico dello strofinio della congiuntiva tarsale scabrosa sulla cornea ed in parte ad una infiltrazione linfoide e cioè ad una compartecipazione della congiuntiva bulbare. Le ulceri corneali, guarite, lasciano opacità che diminuiscono sempre l'acutezza visiva. La trasformazione cicatriziale della congiuntiva ed il suo raggrinzamento può portare fino all'atrofia della congiuntiva bulbare (per fortuna rara) ed alla xerosi, cioè alla cecità. La cura consiste nella distruzione delle granulazioni, cercando di ottenere cicatrici piccole e piane. Si potranno fare le espressioni mediante le pinze di Knapp, il raschiamento, le scarificazioni, l'escissione di parte del fornice ecc. È preferibile però la cura medica, che dà risultati migliori, purchè usata con criterio: si faranno pennellature di nitrato d'argento, o causticazioni col pastello di solfato di rame in giorni alterni, facendo instillare il protargolo, se vi è secrezione, o il glicerolato tannico. Si coadiuverà con una cura generale a base di iniezioni di iodio ed arsenico, e si terrà il paziente, per quanto è possibile, in condizioni igieniche opportune. Bisogna ricordare che la guarigione del tracoma è solo apparente e non reale, inquantochè sono facili le riacutizzazioni con tutte le complicanze; è opportuno perciò non trascurare mai le instillazioni di glicerolato tannico. I postumi, come l'entropion, la trichiasi, le retrazioni cicatriziali, ecc., vanno curate chirurgicamente, e quindi affidati allo specialista.

La *congiuntivite follicolare*, che può mentire talvolta una forma di tracoma lieve, è essenzialmente caratterizzata dalla presenza di follicoli ovalari rosei piccoli disposti in fila nel fornice inferiore, e mai nel superiore o nella congiuntiva tarsale; non vi sono complicanze e si ha sempre la *restitutio ad integrum*. Si cura con instillazioni di solfato di zinco e ricostituenti generali.

La *congiuntivite primaverile* si differenzia dal tracoma perchè le granulazioni della congiuntiva tarsale superiore sono grosse peduncolate dure schiacciate addossate le une alle altre come un ciottolato, senza dare mai panno corneale; la congiuntiva bulbare spesso prende parte al processo, mostrandosi ispessita di colorito grigiastro gelatinosa. Si hanno le riacutizzazioni in primavera ed in estate, mentre il paziente sta sufficientemente bene nei mesi invernali: da ciò è derivato il nome. Guarisce completamente intorno ai 25 anni, e si cura con instillazioni di cocaina e adrenalina (cocaina 0,10, adrenalina gocce XV, acqua distillata 10), o di glicerolato tannico, e con ricostituenti generali, specie preparati iodici e arsenicali; è anche opportuna la somministrazione di adrenalina per os (10-20 gocce).

La *congiuntivite flittenulare* o *linfatica* è caratterizzata dalla presenza di flittenule o noduli erpetici sulla congiuntiva bulbare, spesso con compartecipazione della cornea, e colpisce di preferenza i bambini e i giovani scrofolosi. Il nodulo si inizia con una iniezione vasale a focolaio rotondeggiante delle dimensioni di una testa di spillo, che in 4 o 5 giorni si riassorbe, oppure si ulcera determinando una piccola fovea che poi si ricolma e si epitelizza. Questi noduli possono essere multipli e divenire grossi quanto una lenticchia, e recidivano facilmente dopo la guarigione. La cornea spesso compartecipa; si hanno allora ulceri più o meno torpide, vascolarizzazione estesa e formazione di panno superficiale o anche crasso gelatinoso (che si differenzia dal panno tracomatoso perchè questo proviene sempre dall'alto, mentre il panno scrofoloso si può originare da tutti i punti del limbo). La cura locale è a base di instillazione di protargolo o argirolo se vi è secrezione, e di atropina se vi è contemporanea cheratite: si applicherà anche mattina e sera una pomata all'ossido giallo di mercurio 1-2 % e si baderà principalmente alle cure generali con ricostituenti, dieta appropriata, climatoterapia ecc. Si usano anche oggi con ottimo risultato le applicazioni di luce ultravioletta sia localmente sull'occhio ammalato, sia per bagni generali.

Poichè la congiuntivite follicolare o primaverile o flittenulare si trova molto frequentemente accompagnata da alterazioni dell'anello di Waldeyer, è sempre opportuno fare raschiare il cavo faringeo, perchè la semplice asportazione delle vegetazioni adenoidi spesso modifica radicalmente il quadro patologico. Anche la cura calcica e adrenalinica è più che consigliabile, dato che è in gioco non raramente un disturbo dell'equilibrio endocrino, e sopratutto del surrene, in soggetti vagotonici.

Altre e molteplici forme di congiuntiviti vi sono, oltre quelle alle quali abbiamo accennato più sopra; si tratta però di forme meno comuni o che, riguardando la specialità, non interessano il medico generico. E poichè era nostro scopo dare al medico gli elementi di diagnosi e di cura delle più comuni forme di congiuntiviti, crediamo superfluo parlare delle forme più o meno rare.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto Ostetrico Ginecologico della R. Università di Roma
diretto dal Prof. E. PESTALOZZA.

Fibroma cistico sottomucoso a contenuto ematico

per il dott. R. BOMPIANI,
assistente e libero docente.

Riferisco assai brevemente la storia clinica del caso.

T., Enrica, di anni 44, entra in Clinica il 2 gennaio 1929. Risulta che la paziente ha avuto complessivamente 9 gravidanze delle quali 5 a termine e 4 aborti, tutti tra il 2° e 3° mese circa; ultimo 6 anni addietro. I parti sono stati spontanei, soltanto in 2 di essi si dovette procedere al secondamento artificiale, come anche negli aborti si dovette intervenire strumentalmente per rimuovere frammenti dell'uovo. Da notare che la paziente era stata operata di isteropessi pelvica 11 anni fa e 2 anni addietro di plastica perineale.

Questa volta ricorre alla Clinica perchè da due anni le mestruazioni si sono fatte più abbondanti ed irregolari per ritmo, per lo più ravvicinate. Non di rado anche nel periodo intermestruo leucorrea sierosa e qualche perdita irregolare di sangue. Mai febbre; nessun disturbo generale salvo un modico senso di stanchezza alle reni specie dopo il periodo; funzione intestinale ed urinaria normali. L'esame generale nulla lascia riscontrare di notevole; quello ginecologico un discreto aumento di volume dell'utero (come tra il 2° e 3° mese e mezzo di gravidanza) però a superficie liscia e di consistenza duro-elastica. Il collo è piuttosto molle e succulento, raccorciato nella sua lunghezza e lascia apprezzare al dito esploratore la presenza di una tumefazione liscia che sporge nella cavità e che sembra volersi impegnare attraverso l'orificio interno. Si fa diagnosi di fibroma sottomucoso e si interviene, in narcosi eterea, per via vaginale. A facilitarne l'estrazione si pratica l'isterotomia posteriore fino al di sopra dell'orificio interno, ma dato il volume ci si accorge che non è possibile asportare il tumore che per « morcellement ». È così che nel praticarne la frammentazione si apre una voluminosa cavità cistica contenente notevole quantità (approssimativamente 200 cc.) di sangue piceo, simile a quello che suole riscontrarsi nell'ematometra. Si asportano poi i vari pezzi della parete cistica e ad assicurare l'emostasi dell'utero si pratica uno stipato tamponamento, dopo aver proceduto alla ricostituzione del collo.

Dai frammenti asportati si può approssimativamente valutare il volume del fibroma che doveva essere circa quello di un mandarino. Non esiste un vero peduncolo. La parete della cisti è nel suo complesso dello spessore di 12 mm.; tanto la superficie che guarda la cavità uterina che quella della cisti sono perfettamente liscie; quest'ultima è di colorito più scuro e lascia vedere anche ad occhio nudo l'esistenza di emorragie puntiformi; la consistenza è nettamente fibrosa.

Più interessante è il reperto istologico: quivi in mezzo al tessuto fibroso, simile a quello che si riscontra nei soliti fibromi uterini oltre a numerosi grandi e piccoli vasi sanguigni, è frequente rinvenire spazi linfatici dilatati, vere linfangectasie; in qualche punto si notano fatti regressivi a carico delle fibrocellule, consistenti in una scarsa colorazione del nucleo e non netta delimitazione fra le fibrocellule stesse. La capsula esterna del tumore è a sua volta prevalentemente formata da tessuto fibroso con addensamento di cellule connettivali tondeggianti che stanno a rappresentare la mucosa del rivestimento del polipo; manca un rivestimento epiteliale continuo però in qualche punto sebbene non troppo ben conservato si può sorprendere qualche lembo di epitelio che arieggia al cilindrico stratificato e che assai probabilmente sta a rappresentare dei residui dei culdisacco ghiandolari. Passando ad esaminare la parete interna della cisti si trova che essa è in gran parte rivestita da epitelio cilindrocubico; in alcuni tratti tale epitelio è caduto e possono rinvenirsi dei residui accartocciati e distaccati; in altri esso conserva il tipo cervicale mentre in altri punti ancora, è evidente il suo appiattimento probabilmente da fattori meccanici.

Ed ora qualche considerazione. È noto che della varietà di fibromi cistici quello sottomucoso rappresenta un'evenienza rara: sopra 70 tumori cistici dell'utero Heer ne trovò soltanto due cavitari. Anche scorrendo la letteratura, mentre appaiono abbastanza numerosi i casi di fibroma cistico ad evoluzione sottosierosa o nello spessore dei legamenti larghi, di rado si trovano descritte formazioni cistiche a parete fibrosa che sporgono nella cavità uterina. Queste derivano in genere da tumori interstiziali che per il rapido accrescimento di volume della cisti sono costretti a trovarsi spazio là dove la resistenza della parete è minore: sospingono perciò innanzi a sè la mucosa divenendo così intracavitari; a seconda poi che conservino larga base d'impianto nella parete o che invece avanzino in cavità, potranno avere forma sessile o peduncolata ed in quest'ultimo caso impegnarsi nel collo, sorpassarlo ed estrinsecarsi in vagina.

Il contenuto della cisti è in genere nettamente emorragico ora costituito da sangue puro, ora sieroso-emorragico, ora da sangue che ha subìto alterazioni regressive e si è mescolato con i prodotti di secrezione dell'epitelio della cisti, assumendo l'aspetto viscoso denso, color cioccolata, simile al sangue di ematometra. La presenza di questo liquido nettamente ematico è da riconnettersi al gran numero dei vasi che decorrono nella parete della cisti.

Quest'ultima a sua volta è costituita da tes-

suto fibroso e cioè da fibre muscolari e connettivali intrecciate, le seconde più abbondanti alla periferia della cisti là dove le fibre muscolari sono più scarse ed in preda a processi degenerativi più o meno spiccati a seconda che si sono fatti maggiormente o meno risentire gli effetti della compressione dovuta alla tensione del liquido endocistico.

E veniamo ora alla questione più importante, quella che si riconnette alla istogenesi di queste formazioni cistiche. È necessario in primo luogo distinguerle dalle pseudocisti che pure possono riscontrarsi nel contesto dei fibromi dell'utero e che possono avere origine o da degenerazione e rammollimento del tessuto miomatoso (Virchow) o da dilatazioni degli spazi linfatici e successivo accumulo in essi di liquido (Koeberle, Billroth), e nelle quali è facile rintracciare un rivestimento endoteliare nell'interno della cisti (Le Bec). Carattere proprio dei fibromi cistici veri è il ritrovare la presenza di un epitelio di rivestimento a tipo secernente a ricoprire la superficie interna della cisti. Quest'epitelio, come nel caso nostro l'abbiamo descritto, è costituito da cellule cilindriche non molto alte, con nucleo grande vescicolare, rotondeggiante od ellittico, situato verso la base. Manca una membrana limitante sotto-epiteliale, e l'epitelio riposa perciò direttamente sull'addensamento fibro-connettivale che costituisce la capsula del fibroma dal lato della cavità cistica.

Sorge ora la questione di stabilire se si tratti di una inclusione di elementi della mucosa uterina da parte di un nodulo fibroso; oppure invece si potrebbe pensare che residui embrionari del dotto di Müller abbiano costituito il primo nucleo di formazione del tessuto fibromatoso. La risoluzione del problema non è facile, ma se ci riportiamo alle ipotesi sull'origine degli adenomiomi con i quali questi fibromi cistici hanno forse comune l'origine è almeno possibile formarci qualche concetto sufficientemente chiaro in proposito.

Per molto tempo ha tenuto il campo l'idea che gli adenomiomi abbiano origine congenita e derivino da residui embrionari dei corpi di Wolff o dei canali di Gärtner che ne rappresentano, sotto forma di dotto escretore, la continuazione. Questa teoria formulata la prima volta da Breus e sostenuta con molteplicità di argomenti da V. Reklinghausen e successivamente appoggiata dall'autorità di Aschoff, Borst, Pick ed altri, ha però valore soltanto per alcuni casi, certo non i più numerosi, in cui la neoplasia, se di neoplasia possiamo parlare, e forse si abbia sede in punti dell'apparato genitale in cui sia possibile riscontrare residui del rene primitivo o del canale di Gärtner; e cioè al di sopra del punto d'inserzione del legamento rotondo e rispettivamente del legamento proprio dell'ovaio, giacchè lo studio dell'embriologia normale insegna che il polo inferiore del rene primitivo non oltrepassa detto punto (R. Schröder); e per il canale di Gärtner, al di sotto dell'orificio interno.

Nel maggior numero di casi si deve invece ammettere l'origine mulleriana; ma anche qui il campo è diviso tra i sostenitori della forma congenita e di quella acquisita nella vita postfetale, per lo più infiammatoria. I sostenitori dell'origine mulleriana congenita ammettono che in un momento dello sviluppo elementi della mucosa che si approfondino nello spessore della muscolatura, per il successivo accrescimento di essa possano rimanere separati dalla loro zona di origine e restare inclusi nello spessore della parete uterina (Schröder), e più tardi nelle successive fasi della vita genitale (pubertà: Lockstaedt) trovare le condizioni adatte per un ulteriore sviluppo ed attività funzionale. A questo modo di vedere con varianti più o meno notevoli si accostano Kullen, Kosmann, Pinquaud, Vautrin ed altri. Ma la maggior parte degli AA. che si sono interessati dell'argomento propendono invece per la origine postfetale.

Seguendo l'opinione di R. Meyer, il più profondo conoscitore dell'argomento, si ammette infatti che in occasione della gravidanza o del puerperio, o più facilmente ancora per effetto di processi infiammatori, elementi della mucosa possano infossarsi e rimanere inclusi nello spessore del miometrio. L'origine infiammatoria anche secondo V. Franquè dovrebbe ritenersi la più frequente. In favore di essa stanno la presenza di infiltrati rotondocellulari, l'estensione dei dotti ghiandolari lungo i vasi e specialmente i linfatici (R. Meyer), la grande rarità degli adenomi nettamente sferici, la frequenza di forti aderenze (R. Meyer) e finalmente la mancanza di una capsula ben definita.

Secondo un'altra ipotesi, quella di Schöttländer, si può ancora pensare che il fibroma sia il fatto primario e che esso spingendosi fino a contatto della mucosa ne provochi una reazione la quale si manifesterebbe inviando nella compagine del tumore delle evaginazioni ghiandolari che vi rimangono incluse. Casi che appoggiano questo modo di vedere sono

stati descritti da Lubarsch, Ribbert, Ruge e dallo stesso R. Meyer. Rimane però sempre difficile stabilire in base agli aspetti istologici, il confine tra iperplasia e neoplasia vera (R. Schroder).

Trasportando questi concetti dal campo degli adenomiomi a quello dei fibromi cistici, vediamo come il nostro caso possa ricevere da essi una logica interpretazione.

Il prof. Clivio, nel 1891, quando era ancora assistente della Clinica di Pavia, descrisse un caso di fibroma cistico nella cavità uterina che per l'aspetto macroscopico ed il reperto istologico si potrebbe dire gemello di quello da me osservato. Nell'interpretazione della genesi del tumore egli si accosta alla teoria di Schröder. Appoggiandosi alle ricerche di Boldt sulla presenza di fibre muscolari lisce intorno ai cul di sacco ghiandolari della mucosa tanto del fondo che del corpo, ammette che se da esse si inizi la neoformazione miomatosa, nulla di più facile che alcuni di questi fondi ciechi ghiandolari restino come strozzati dal resto della mucosa, rimanendo quali nuclei epiteliali, i quali in alcuni casi possono dar luogo a forme carcinomatose, in altri, specie quando si ha un forte sviluppo di vasi, a formazioni cistiche.

Ora il caso da noi descritto ci sembra bene appoggiare questo modo di vedere e trovare conferma nella teoria di R. Meyer a proposito della genesi degli adenomiomi. Le numerose gravidanze succedutesi nella nostra paziente a breve intervallo e più ancora i secondamenti artificiali ed i raschiamenti praticati in occasione degli aborti, debbono aver creato la condizione di isolamento nel miometrio di qualche cul di sacco ghiandolare della mucosa uterina. Il miometrio, nella zona di inclusione, o perchè era già in atto la formazione di tessuto fibromatoso o più probabilmente in rapporto ad una condizione ovarica preesistente, ha reagito a questo stimolo con una iperplasia delle sue fibre muscolari e con l'addensamento del connettivo cercando di isolare il germe abberrante epiteliale (1); il quale, a sua volta, sotto l'influenza dello stimolo trofico ovarico non solo si è mantenuto, ma ha dato luogo al prodursi del secreto mucoso che si è mescolato con il sangue proveniente dagli stravasi emorragici della ricca rete sottoepiteliale.

Da ciò il formarsi della cavità cistica a contenuto mucoso-ematico, che a mano a mano che ha aumentato di volume ha costretto l'addensamento fibro-muscolare del miometrio ad isolarla spingendola verso la cavità uterina, dove essa si è fatta strada, fino a divenire tumore poliposo. A sua volta la mucosa uterina di rivestimento del tumore è andata incontro ad atrofia da compressione. Quanta parte possono aver avuto nella genesi del fibroma cistico i soli fatti meccanici, e quanta eventuali processi infiammatori, anche senza che abbiano dato manifestazioni cliniche di sè, non è possibile dire.

RIASSUNTO.

L'A. a proposito del caso osservato passa a discutere, appoggiandosi alle varie teorie emesse per spiegare l'origine degli adenomiomi, la genesi di queste formazioni cistiche. Ritiene nel caso in parola il fenomeno si sia verificato secondo la teoria di R. Meyer: isolamento nel miometrio di qualche cul di sacco ghiandolare e successiva proliferazione intorno ad esso di tessuto fibroso.

LAVORI CONSULTATI.

DARDANELLI. Riforma Medica, 1912.
FRANKL. Monatsch. f. Geb. u. Gyn., B. 44.
LATTEUX. Rev. de Gyn. et de Chirurgie abdom., 1905-1906, p. 595.
LE BEC. Thèse de Paris, 1884.
MACCABRUNI. Annali di Ost. e Gin., 1922.
MEYER. Riferito nel *Trattato di* SCHRÖDER.
PINOUAUD. Revue de Chir., 1906.
RATTI. Ann. di Ost. e Gin., 1924.
ROUVIER. Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn., 1922.
SCHRÖDER. *I due trattati (del giovane e del vecchio).*
TRIDONDANI. Annali di Ost. e Ginecol., 1899 e 1900.
VAUTRIN. Annales de Ginec. et Obst., 1913, e Archiv. Gener. de Chirurgie, 1914.

(1) A questo proposito mi piace ancora ricordare un caso operato dal prof. Pestalozza circa una decina di anni addietro. Si trattava di un grosso fibroma (quanto una testa di feto a termine), sviluppato nella parete posteriore dell'utero e contenente nel suo interno una cavità cistica grossa quanto un mandarino, che si riconobbe poi e per i caratteri del liquido e per quelli istologici della parete essere una cisti da echinococco. La parete fibrosa misurava tutt'intorno dai 5 ai 6 cm. di spessore. Appare chiaro in questo caso che la cisti, forse accresciutasi lentamente, debba aver costituito lo stimolo alla neoformazione miomatosa. Ciò che a nostro modo di vedere è importante per lo studio della genesi dei fibromi, in quanto uno stimolo meccanico, la cisti, probabilmente associata ad un determinato tipo di funzione ovarica, e forse anche a speciali condizioni di carattere costituzionale, può essere sufficiente a determinare l'insorgenza della neoplasia uterina a tipo fibromatoso.

EPIDEMIOLOGIA.

Considerazioni pratiche sopra una epidemia stagionale di febbre ondulante.

Dott. Gazzarini Cosimo, medico condotto.

È sicuramente accertato che la febbre ondulante in quest'ultimi anni sia in aumento sconfinando dalle regioni costiere Mediterranee ed insulari dove era tenuta come una prerogativa per invadere regioni continentali. Si è potuto inoltre constatare che questa malattia non è esclusiva soltanto dei paesi nei quali si trovano capre ed animali ovini in genere, ma invade anche paesi che ne sono privi, appunto perchè il *Bacillus abortus* sviluppa nell'uomo una malattia che clinicamente non si discosta dalla febbre ondulante, cosicchè dinanzi al suo progressivo estendersi appare verissima l'affermazione di Ch. Nicolle: *La melitococcie est une maladie de l'avenir*, le statistiche ne sono infatti l'esatta conferma.

E l'avvenire ci saprà certamente dire se il *Brucella melitensis*, i *paramelitensis*, il *Bacillus abortus* non siano altro che varietà morfologiche di uno stesso germe oppure godino essi di una vera e propria specificità: le osservazioni cliniche preponderebbero intanto per l'unicità.

Il caso volle che mi trovassi ad esercitare in diverse zone (Coste del Medio Tirreno) nelle quali la febbre ondulante è endemica; quest'anno poi (1929) nel territorio del Comune in cui esercito (Rio nell'Elba) si è sviluppata una vera epidemia di febbre ondulante, avendone segnalati ben *53* casi nel periodo di sei mesi.

Dopo una sommaria descrizione del paese e dell'igiene di esso, descriverò i caratteri clinici più notevoli delle forme osservate, indagandone volta per volta le cause dello sviluppo epidemico ed i mezzi di contagio più probabili.

Il Comune di Rio nell'Elba è ubicato a ridosso di un monte e di prospettiva al mare dal quale dista pochi Km., trovasi ad un'altitudine di 150 metri, ha un'estensione di 1665 ettari con 2436 ab. dei quali circa 200 sparsi nella campagna ed il rimanente vive in paese. Questo è costituito di case in massima parte di vecchia costruzione, sprovviste per lo più di latrine e di acquai, ben fornite invece di stalle che servono al rifugio dei polli, delle capre, del somaro ed assai spesso fanno anche da cantina. Il paese è provvisto di abbondante e saluberrima acqua potabile distribuita per le case ed in pubbliche fontane alimentate a mezzo di conduttura forzata. Nel 1928 furono analizzati diversi campioni di tale acqua che risultò batteriologicamente pura; il paese è provvisto di fognature che in vari punti sono aperte sulla strada e da dove, nei mesi estivi, fuoriescono numerosissime zanzare che infestano le case. Il Comune abbonda di animali caprini (circa 380) mentre scarseggia di bovini e vaccine (circa 42); vi sono nel Comune oltre 200 famiglie che posseggono una capra, ma esistono anche dei branchi di capre e di pecore. Saltuariamente a rinsanguare i greggi che via via sono macellati vengono importati dai Comuni della maremma nuovi branchi di capre tenute a pascolo finchè producono il latte e poi macellate. Capre di pura razza Maltese non ne esistono nel Comune. La popolazione, scarseggiando di latte vaccino, fa largo uso di latte di capra, e parecchi hanno anche la cattiva abitudine di berlo crudo.

Per quante accurate indagini abbia fatto fra i pochi pastori e fra i molti proprietari di capre locali sembra che di aborti nelle capre non se ne siano gran che verificati nè in quest'anno (1929) nè in precedenza; ad eccezione di qualche raro caso di mastite fra le capre e di qualche improvviso decesso nessun altro fatto degno di rilievo si è verificato.

A dire della popolazione febbre maltese e tifo sono endemici in questo paese, anzi nel 1928 si verificarono molti casi di febbri tifoidee (circa una trentina) e con alta percentuale di morti. A questa epidemia di tifo è succeduta quest'anno un'epidemia di febbre ondulante.

Subito dopo la figliatura delle capre (marzo-aprile) la febbre ondulante ha incominciato a serpeggiare e l'epidemia ha raggiunto l'acme nel mese di maggio, per poi decrescere nei mesi successivi fino ad estinguersi nel mese di novembre, mese in cui per lo più è cessata o fortemente diminuita la produzione del latte di capra. La presente tabella indica i casi verificatisi nei relativi mesi:

aprile	n.	6	casi
maggio	»	20	»
giugno	»	9	»
luglio	»	9	»
agosto	»	3	»
settembre	»	2	»
ottobre	»	4	»
Totale	n.	53	casi

Fra le persone colpite figurano 26 uomini, 20 donne, 7 ragazzi dagli 8 ai 12 anni. Nessun caso si verificò fra i bambini lattanti, alcuni dei quali avevano succhiato il latte della ma-

dre affetta da melitococcia. Poca percentuale di casi han dato i vecchi avendone riscontrato un solo caso in una donna di 70 anni. Parecchi individui che ammalarono di febbre ondulante avevano in precedenza bevuto del latte crudo della propria capra che poi all'analisi del sangue risultò infetta. Credo inutile insistere su questo mezzo notissimo d'infezione e da tutti ammesso dopo che lo Zammit ed altri con le loro ricerche lo misero ben in evidenza; i fatti sono troppo chiari per dubitarne ancora; è piuttosto su altre modalità di contagio che credo utile soffermarmi.

Nel decorso dell'epidemia fu richiamata la mia attenzione sur un fatto che si verificò con una certa frequenza (5 casi): vidi cioè ammalarsi a breve intervallo di tempo ambedue i coniugi di una stessa famiglia restando immuni i figli e, mentre era accertato che uno dei coniugi (il primo ad ammalarsi) si era sicuramente infettato bevendo il latte crudo della propria capra, sfuggiva la causa d'infezione dell'altro che non faceva uso del latte nè di derivati. A parte la possibilità ch'esso avesse contratto la malattia venendo a contatto con materiale infetto era logico anche pensare che si fosse infettato attraverso il coito. Sappiamo infatti che la febbre ondulante può essere trasmessa con i rapporti sessuali e sappiamo pure, per ricerche di autori, che la vagina delle donne ammalate o convalescenti di maltese è frequentemente ospite del micrococco di Bruce e come inoltre siano resultati positivi gli esperimenti atti a dimostrare che la mucosa integra del pene di scimmia a contatto per pochi minuti con materiale infetto sia sufficiente per comunicare la malattia, sicchè possiamo affermare con la prova dei fatti che un tale mezzo di contagio sia possibile anche per l'uomo. Se attraverso gli *excreta* e più specialmente per le orine vengono eliminati germi ben si comprende per ragioni anatomo-fisiologiche che la donna è più pericolosa per l'uomo che non il fatto opposto. D'altra parte anche l'uomo ammalato di melitense può a sua volta infettare la donna e ciò è suffragato dalla facilità con la quale gli organi genitali maschili sono sede di complicazioni in corso di malattia: con notevole frequenza ho notato (10 %) delle orchiepididimiti, ciò che vuol dire che i testicoli divengono sede di flogosi attiva sostenuta dal micrococco e perciò con tutta probabilità anche il liquido spermatico può contenere germi e quindi riuscire infettante. E riferendomi ai miei cinque casi che fanno pensare ad un tal mezzo di contagio indagai fra i coniugi ammalati se avessero avuto dei rapporti sessuali durante la malattia e mi fu risposto affermativamente, giustificando i mancati riguardi col dire di non sapere di avere addosso una malattia contagiosa rappresentata all'inizio da modica e poco avvertita febbre.

Concludendo, credo utile ricordare che fra le norme profilattiche da tener presenti e consigliare quando, ben s'intende, se ne presenti l'occasione, sia la raccomandazione che *anche attraverso il coito si può contrarre la malattia.*

Fra i latticini che possono trasmettere con facilità la malattia è, per unanime consenso, il formaggio: il micrococco si mantiene in esso assai longevo e quindi può esplicarsi anche a distanza di tempo e di luogo il suo potere infettante; quello poi che in commercio va sotto il nome di *formaggio pecorino* deve essere ritenuto sospetto risultandomi, per constatazione personale, che assai spesso questo formaggio è costituito dai 4/5 di latte di pecora e da 1/5 di latte di capra. Va bene che il latte prima di essere ridotto a formaggio deve esser bollito, ma bisogna anche tener presente le molteplici manipolazioni ch'esso subisce da quando viene confezionato con la spremitura del siero fatta con mani tutt'altro che sterilizzate, fino al momento del consumo. Durante l'epidemia vidi un caso abbastanza significativo e cioè si ammalarono simultaneamente di febbre maltese tre dei quattro componenti di una famiglia pochi giorni dopo aver mangiato del formaggio pecorino fresco, restando immune soltanto il quarto che non l'aveva mangiato perchè non gli piaceva. Non sto qui ad enumerare tutti gli altri mezzi (alimentari ed extra-alimentari) capaci di trasmettere l'infezione avendosi raggiunto per essi un accordo quasi completo; ho voluto invece insistere su questi due mezzi possibili di propagazione della malattia: coito-latticini, perchè ancora esistono controversie.

DECORSO CLINICO DELL'EPIDEMIA.

Merita di esser riferito l'andamento clinico dei casi osservati.

La mortalità raggiunse quasi il 6 % avendo avuto 3 decessi su 53 casi e tutti per complicazioni polmonari (broncopolmoniti). La durata della malattia è stata in media di 4-5 mesi, ma vi sono degli ammalati che a 7-8 mesi di distanza dall'inizio continuano ancora a febbricitare. *La febbre* che in questa malattia domina il quadro non ha avuto nella maggior parte dei casi quella ormai famosa caratteristica che si legge in quasi tutti i trattati e cioè *l'intermittenza,* avendo osservato piuttosto il tipo continuo-remittente.

Si trattava di una febbre quotidiana preceduta sì o no da brividi di freddo con remit-

tenze mattutine accompagnate da profusi sudori. Le vere intermittenze le ho osservate invece nel periodo di sub-febbrilità cioè in quel periodo che porterà alla convalescenza attraverso riprese e pause di una temperatura che si aggira intorno ai 37°-38°.

Se si volesse ridurre a periodi tutto il decorso della malattia se ne potrebbero distinguere tre e cioè:

I) il periodo d'inizio caratterizzato da poca e ben sopportabile febbre;

II) il periodo di stato in cui si ha alta febbre del tipo continuo-remittente;

III) il periodo di sub-febbrilità caratterizzato da modiche temperature e dalle intermittenze.

Ben si comprende che questi tre periodi non sono obbligatori perchè può aversi una febbre fin da principio modica e tale mantenersi per tutto quanto il decorso; come pure può installarsi d'*emblée* una febbre altissima e così continuare fino alla guarigione. Un fatto che colpisce durante tutto il decorso della malattia e che ha una notevole importanza diagnostica è la relativa euforia che presenta l'ammalato sia pure con alte temperature, sia pure dopo molti giorni di febbre altissima; si vedono ammalati che *non sentono* la temperatura, hanno il sensorio completamente integro e capaci di attendere, sia pure febbricitanti, alle proprie occupazioni.

Di notevole importanza sono i fatti osservati a carico dell'*apparato digerente*.

Lingua: in molti ammalati anzichè avere una lingua patinosa, ho notato un vivo rossore, più spiccato ai margini ed alla punta ma che poi si è diffuso a tutta la lingua; non sono mancati a volte spacchi ragadiformi su di essa, ulcerazioni al cavo faringeo e stomatiti.

Stomaco: frequentissime sono state l'epigastralgie ed a volte così precoci da aprire il quadro: si presentavano come crisi dolorose oppure come un senso di pesantezza gravativo all'epigastrio che tormentava assai gli ammalati. Credo che l'ingrandimento del fegato giuochi buona parte in questa sintomatologia gastrica. In alcuni ammalati non è mancato il vomito.

Intestino: in 15 casi dei 53 osservati si sono avute turbe imponenti con spiccati fenomeni diarroici: se è vero che nella febbre ondulante si ha più frequentemente stitichezza che diarrea non è men vero che in alcuni casi può prevalere questa che è propria delle forme più gravi e coincide quasi sempre con le alte temperature. È una diarrea che debilita l'organismo già debilitato dalla febbre, ribelle a qualsiasi trattamento, e che può far pensare seriamente al tifo quando insieme ad essa si presentino altri sintomi comuni a questa affezione. In due casi (sierologicamente accertati) si sono avute anche enterorragie imponenti ed in uno di essi insieme all'enterorragia si presentò un esantema petecchiale diffuso a tutto il corpo.

Fegato e milza: si risentono sempre nella maltese e fanno, si può dire, da barometro all'infezione. Ora è la milza proporzionatamente più grande del fegato, ora è il fatto opposto. Per me il fegato, nel maggior numero dei casi, è relativamente più grande della milza e mentre questa è dura e non dolente il fegato è molle e dolente.

Apparato respiratorio: l'ho visto spesso compromesso in decorso d'infezione melitense. Fra le complicazioni più frequenti è la bronchite che subisce miglioramenti e peggioramenti parallelamente alla temperatura. Se la bronchite colpisce individui avanzati di età ed a cattive condizioni di circolo e che per l'alta temperatura debbono tenere il letto non è difficile il vedere impiantarsi una bronco-polmonite ipostatica che chiude la scena come ho avuto in due casi. Possono aversi in corso di maltese delle vere e proprie apiciti da Brucella melitensis e qui cito il caso eloquente di un individuo affetto da melitococcia che fu spacciato per tubercoloso da altro sanitario a cui si era rivolto. E l'errore diagnostico era giustificato da tutto il quadro clinico che presentava l'ammalato: si trattava di un individuo debilitato da vari mesi di malattia, a colorito anemico, con febbricola serotina insistente, sudori notturni, tosse, espettorazione talvolta ematica, e con reperti apicali evidenti che suffragano vieppiù una prima impressione di un ammalato specifico. Ad evitare un sì grave errore diagnostico sta a volte il riscontro immancabile del fegato e milza ingranditi; la sierodiagnosi ed eventualmente l'esame dell'escreato gioveranno a fugare qualsiasi dubbio.

Fra i disturbi che riscontrai con una certa frequenza in corso di malattia, e più spesso nel periodo di stato fu la così detta *astenia respiratoria* (Gabbi). Si trattava d'individui nevrosici che saltuariamente presentavano una notevole difficoltà a compiere gli atti respiratori e più specialmente l'inspirazione. Tale astenia respiratoria non è altro che un fenomeno locale della mio-astenia generalizzata che è una delle caratteristiche di questa malattia.

Sistema cardio-vascolare: mentre in principio di malattia ed in individui robusti ho no-

tato assai spesso *rarità* del polso fino a vedere ammalati con 39°-40° di temperatura con 80-86 pulsazioni al minuto a malattia inoltrata il polso si fa frequente e debole. Con la rarità del polso può aversi un certo dicrotismo a volte molto accentuato.

Rene: tollera benissimo l'infezione e non ho mai notato (neppure nei casi più gravi) alcun risentimento da parte di esso.

Sistema nervoso-locomotore: ad eccezione di due casi in cui ebbi delirio il sistema nervoso compartecipò poco all'infezione. Frequentissime invece sono le nevralgie e mialgie: la lombaggine non manca quasi mai ed a volte è così forte da simulare una sciatica. In decorso di malattia od in convalescenza notai delle artriti (ginocchio, spalle, anca) che in poco tempo guarirono.

Complicazioni genitali: con una certa frequenza (10 %) osservai delle orchi-epididimiti. È specialmente il testicolo sinistro quello maggiormente preso, che si tumefà, diviene dolente, senza essudato nella vaginale, e con una ripresa della temperatura se l'ammalato era già sfebbrato. L'orchi-epididimite pur essendo a volte precoce l'ho osservata quasi sempre in periodo di convalescenza, quando cioè l'ammalato, abbandonato il letto, incomincia a passeggiare.

Cute: il nome di febbre sudorale dato alla febbre ondulante indica un carattere proprio della forma qual'è quello delle grandi sudorazioni che accompagnano le defervescenze; nondimeno accanto ad ammalati che hanno sudato moltissimo ne ho visti altri che hanno sudato poco o punto, non sono mancati poi ammalati con pelle addirittura arida, secca come quella di un tifoso, e che più tardi dette luogo a desquamazione. Possono notarsi in corso di malattia a carico della cute fenomeni emorragici in forma di roseole e di petecchie (ne ho visto un solo caso); con più facilità ho riscontrato invece la sudamina.

CURA.

Non essendosi finora trovato il rimedio sicuro per combattere queste febbri ho avuto occasione di esperimentare quei mezzi che ad altri han dato qualche resultato e perciò per esperienza personale posso dir questo:

Il chinino somministrato sia pure a larghe dosi (1-2 gr. *pro die*) non riesce ad abbassare la temperatura in modo evidente, anzi la nessuna efficacia del chinino ci servirà *ab adiuvantibus* a sospettare la febbre ondulante quando la diagnosi sia ancora incerta.

I diaforetici in una malattia che tende di per sè stessa alle grandi sudorazioni li credo dannosi perchè portano una maggiore astenia e debilitazione.

L'arsenico somministrato a lungo in vari ammalati non mi ha dato quei resultati decantati da altri.

Resultati aleatori mi ha dato pure la *chemio-terapia*, al contrario la terapia aspecifica (proteino-terapia) a volte mi ha dato resultati netti, a volte nessun resultato. Quella che finora mi ha più corrisposto è stata la *vaccinoterapia* riuscendo talvolta a stroncare del tutto la malattia fin dall'inizio, o a togliere una febbricola che durava da mesi.

Pur non mancando qualche insuccesso per parte mia credo che la vaccinoterapia sia oggi l'arma più efficace per combattere la febbre ondulante.

Una sicura efficacia l'attribuisco agli *ascessi da fissazione;* mi è occorso due volte veder suppurare nel decorso della F. O. delle iniezioni di bicloridrato di chinino praticate per abbassare un'alta febbre. Subito dopo l'incisione dell'ascesso la febbre è caduta per lisi e non è più ricomparsa.

Sul *cambiamento d'aria* si è molto benevolmente parlato, per parte mia lo credo efficace nel periodo sub-febbrile, di poca o nessuna efficacia nel 1° periodo della malattia.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un'epidemia di 53 casi di febbre ondulante, osservata in un periodo di 6 mesi, mettendo in rilievo le principali caratteristiche epidemiche, le modalità di diffusione, i caratteri clinici più salienti delle forme osservate.

BIBLIOGRAFIA.

L. VIGANÒ. *La febbre melitense*. Ediz. Stucchi, 1914, Milano.

A. LUSTIG-G. VERNONI. *La febbre ondulante*. Un. Tip. Ed. Torinese, 1927.

MAGNANI e MORANDI. *La febbre di Malta in Romagna*. Policl., Sez. prat., 1924, pag. 128.

CANTALOUBE. *La fièvre de Malta en France*. Ed. Maloine, Paris, 1911.

GIUGNI F. *Comparsa e diffusione della febbre maltese in Romagna*. Policl., Sez. prat., 1925, pag. 218.

ALESSANDRI e FICAI. *Setticemia da Micrococco Melitense e setticemia da Bacillo di Bang nell'uomo*. Ibid., 1925, pag. 427.

D'ALESSANDRO FR. *L'infezione Bruceana*. Tip. S. Bernardino, Siena, 1920.

BOLAFFI. *Manifestazioni pleuriche polmonari nel corso della febbre di Malta*. Giornale del Medico Pratico, 1926, n. 4-6.

ALESSANDRINI e FICAI. *Setticemia da Bacillus Abortus (Bang) nell'uomo*. Policl., Sez. prat., 1925, pag. 113.

GABBI U. *Febbri da micrococco melitense e da bacillo di Bang.* Ibid., 1928, pag. 2340.
ID. *Ultimi studi sulla febbre mediterranea.* Rif. Med., 1910.
BALDUZZI. *La siero-terapia nella febbre mediterranea.* Gazz. Osp. e Clin., 1912.
QUEIROLO. *Febbre mediterranea o di Malta.* Policlinico, Sez. prat., 1908.
BENSIS. *Contribution a l'étude de la fièvre de Malta.* Soc. Méd. Hôp. Paris, 1902.
GROCCO. *Lezioni di Clinica Medica.* Vallardi, Milano, 1906.
ANTICO. *La febbre di Malta ed i suoi criteri diagnostici.* Tip. Falchetto, Pisa, 1915.
A. TRAMBUSTI. *Il bacillo di Bang.* Rinn. Med., 1929, n. 5.
PISANI. *La forma pseudo-tubercolare della febbre di Malta.* Riv. Crit. di Clin. Medica, 1924.
GABBI U. *Relazione sulla febbre di Malta al XXIV Congresso di Medicina Interna,* 1929.

NOTE DI TERAPIA.

Ospedale Civico di Codogno - Reparto Chirurgico
diretto dal Primario prof. dott. DAVIDE FIESCHI.

La pratica elioterapica in chirurgia generale

per il dott. GAETANO CAIRO, assistente.

Nel dire delle più comuni indicazioni della elioterapia in chirurgia generale, lascio da parte naturalmente il trattamento solare della tubercolosi chirurgica, campo oramai specializzato dei grandi Istituti di cura elio-marina ed elio-montana, che rappresentano l'*optimum* delle esigenze tecniche al riguardo. Il chirurgo che abbia visitato questi Istituti e ne abbia seguìto con qualche caso personale i meravigliosi risultati, può ben tornare al suo reparto — e se non l'ha ancora fatto — relegare agli archivi parecchio del vecchio arsenale ortopedico di corsetti, collari, grandi e piccoli apparecchi in cuoio, ecc., tutto materiale che ha perduto molto della sua importanza, almeno in questo campo, ed è divenuto ormai di fronte ai trionfi della fototerapia eliogena, un inutile ingombro dei reparti. La storia della cura delle tbc. chirurgiche si può ben riassumere in quattro periodi: quello delle amputazioni, quello delle resezioni, quello del trattamento chiuso in apparecchi contentivi e l'odierno, della immobilizzazione al sole ed all'aperto.

La onesta confessione del Volkmann che « i bambini da lui operati di resezione potrebbero tutti insieme apparire davanti alla sua porta con le loro membra raccorciate e storpie e fargli una bella fischiata » (Satta) ha il valore di un vero epitaffio per l'antica chirurgia ortopedica. E se è vero che il trattamento chiuso delle forme osteo-articolari aperte, colle sue severe indicazioni tanto autorevolmente dimostrate dal Solieri, rimane in qualche caso a contendere brillantemente il campo alla elioterapia, è pur vero nondimeno che questo per generale consenso è divenuto il trattamento di elezione delle tbc. chirurgiche. In avvenire, come ogni Kockiano polmonare dovrà trovar posto in Sanatorio, così tutti i malati di tbc. chirurgica non entreranno nei nostri Ospedali, ma saranno direttamente avviati agli Ospizi elioterapici al mare ed al monte, dove medici specializzati — muniti dei più appropriati mezzi di indagine clinica e di terapia — li cureranno veramente *apte diu*, secondo la formula dello Schiassi.

*
* *

Ma prima di lasciare l'argomento della tbc. chirurgica, mi si consenta di aprire una breve parentesi di indole storica per ricordare il contributo che anche in questo campo hanno dato i nostri scienziati, al solito dimenticati o taciuti dagli autori stranieri. In nessun libro francese e tedesco vien fatta menzione che il Vanzetti a Padova fin dal 1853 proponeva ed esperimentava con successo per la cura dei morbi lenti articolari l'eliosis ed il psammismo, e che il primo Ospizio marino in Europa fu fondato nel 1856 in Viareggio da Giuseppe Barellai fiorentino. Il quale fu un vero precursore, e fin nel 1864 si faceva assertore della « medicina conservatrice italiana, che doveva « (secondo le sue espressioni) osteggiare la « medicina barbara, amputativa, mutilatoria « che — come ogni altro malanno — tentava « di invadere dal di fuori... e doveva far me- « glio risplendere la sua eccellenza, notando « ed illustrando i fatti di guarigione, non mai « prima creduti possibili, perchè non mai « prima potuti osservare ». Nè possiamo dimenticare che il Sciascia (Canicattì) già nel 1890, assai prima dunque che Poncet e Lériche, eseguiva in Sicilia larghi esperimenti di terapia solare.

*
* *

Furono tuttavia gli stranieri i primi ad applicare la elioterapia su vasta scala ed a perfezionarla colla creazione di quei grandi stabilimenti di cura, vere meraviglie di organizzazione sanitaria nel genere, che sono gli Istituti svizzeri di Bernhard a Samaden (1902) e di Rollier a Leysin (1903). Tra di noi fu un collaboratore di Rollier, il Roatta, il primo a darci un'interessante comunicazione sulla moderna elioterapia nel congresso della lotta sociale per la tubercolosi tenutosi in Firenze

nel 1909. E del Roatta appunto è il primo manuale di pratica elioterapica. Nel suo libro, in quelli francesi dell'Aimes e del Jaubert, e più tardi nel volume del Quattrini, ed in quello recente del Leone, allievo di Tricomi, noi vediamo finalmente riunite in una trattazione organica le basi scientifiche della cura solare, cosicchè la elioterapia — rimasta fino a poco tempo addietro più che altro una utile esperienza affidata ad un empirismo vago e disordinato — può ora dirsi entrata a far parte della scienza medica con un corpo dottrinale a sè, come una nuova ed importante branca della terapia fisica.

Rimandando pertanto a questi autori coloro che desiderano ampie cognizioni in materia, a me basterà accennare, ai fini pratici della presente nota, ed in modo assai sommario, alcuni dati fondamentali di cui il chirurgo dovrà servirsi per il trattamento elioterapico nei reparti ospedalieri.

Tra le varie radiazioni dello spettro solare, è ai raggi ultravioletti, essenzialmente chimici, aventi una così grande importanza in fisiologia vegetale nei processi di assimilazione delle piante, che oggi si tende ad assegnare in gran parte gli effetti benefici della cura solare.

Se ne è studiato perciò diligentemente il grado di assorbimento attraverso le zone inferiori dell'atmosfera terrestre, e si è visto così che essi passano tanto più facilmente ed agiscono tanto più intensamente quanto più pura e meno umida è l'atmosfera, che non sono influenzati dalla temperatura dell'aria, che raggiungono il massimo d'intensità fra le ore 10 e le 13 della giornata solare, sono assai più deboli al piano che al monte, e ciò segnatamente durante la stagione invernale.

Tuttavia l'azione salutare della luce solare non deriva unicamente dalle radiazioni chimiche dello spettro; anche i raggi calorifici e luminosi, che vanno dall'infrarosso al giallo, contribuiscono certamente nel loro complesso a dare alla luce le sue proprietà curative, ed è da ritenersi col Pinali che ogni bagno di sole sia insieme un bagno di luce, di aria e di calore. Proprietà precipua dei raggi chimici è l'azione distruttiva sui microrganismi, l'*azione battericida*, quella che ha certo un compito principale nella graduale e progressiva scomparsa della suppurazione dalle ferite settiche sottoposte ad insolazione. Sia che essa avvenga per formazione di acqua ossigenata o di acido formico, per una modificazione del mezzo ambiente e per saponificazione dei corpi grassi, si sa in modo positivo, dalle prove numerose di una schiera di batteriologi, che la luce solare — attraverso le proprietà chimiche dei raggi attinici — influenza potentemente i batterii e le loro spore, rallentandone lo sviluppo, attenuandone le tossine, di guisa che non vi ha specie microbica che possa resistervi, per una data intensità e per un tempo di insolazione sufficientemente durevole.

Dove sembra invece che esplichino la loro influenza particolarmente le onde del calore radiante è nell'azione *solvente, sclerogena ed epitelizzante*, altro potente effetto della luce solare che avviene mediante la iperemia attiva, la dilatazione dei vasi linfatici, la stimolazione della fagocitosi e l'aumento in genere degli scambi nutritizi tissulari. Più difficile è spiegare l'azione locale *analgesizzante*, che Bernhard e Rollier vorrebbero attribuire ad una azione attinica elettiva sulle fibre nervose. Desta spesso sorpresa vedere, specie in malati di forme osteo-articolari, fin dalle prime sedute elioterapiche, calmarsi la dolorabilità spontanea e a poco a poco scomparire del tutto ogni dolenzia. Altro effetto locale non chiaramente conosciuto nella sua genesi e nel suo significato biologico è quello della *pigmentazione* cutanea. Senza addentrarci nell'esame minuto delle varie ipotesi prospettate dalla scienza al riguardo, ciò che a noi più interessa è di rilevare il fatto del notevole valore prognostico che la pigmentazione assume durante le cure solari, poichè — come è noto fino dai tempi dell'empirico Rikli — quanto più rapida essa appare, tanto più favorevole è in genere l'esito finale della cura. Dico in genere perchè secondo i casi citati dal Vacchelli, non pare che il rapporto tra i due termini sia sempre assolutamente costante. Certo è però che il rapido comparire e l'accentuarsi della pigmentazione cutanea durante la cura costituisce ordinariamente un segno prognostico favorevole.

Ciò per quanto riguarda gli effetti biotici *locali* della elioterapia. Nello studio dell'*azione generale* che essa esplica sull'organismo umano, ci soccorreranno dapprima le nozioni fisiologiche acquisite circa le modificazioni della temperatura, del polso, del respiro, della pressione sanguigna che si producono per effetto immediato *del bagno di sole*, modificazioni che avvengono attraverso una stimolazione cospicua, pel tramite del sistema nervoso, di tutti gli apparati organici e delle loro funzioni. Nel succedersi continuo delle insolazioni profondi effetti generali si fanno così sentire sul corpo umano: miglioramento della cenestesi, senso di euforia, aumento dell'appetito, sedazione dell'eventuale eretismo nervoso con sonno più riposato, facilitata disintossicazione e scarico della funzione epato-renale mediante un'attiva

diaforesi, aumento delle ossidazioni organiche dimostrato dal crescere della tossicità urinaria, azione tonica generale confermata dall'aumento del peso corporeo, miglioramento dell'ematopoiesi sia nel numero degli eritrociti che nel tasso di emoglobina, intensificazione delle funzioni sessuali (basta pensare che, mentre all'Equatore le donne mestruano a 9-10 anni, le donne esquimesi sono amenorroiche per tutto l'inverno polare); influenza sul tono vegetativo viscerale; influenza sullo sviluppo del tessuto osseo.

A proposito di tessuto osseo, un campo in cui la elioterapia raccoglie ormai da anni dei veri successi è quello del *rachitismo*: la cura elio-marina ne è divenuta il trattamento per eccellenza. A che cosa dobbiamo noi la forte diminuizione delle deviazioni rachitiche del dorso e degli arti inferiori, una volta già tanto frequenti, se non alle migliorate condizioni igieniche delle nostre abitazioni popolari in rapporto all'esposizione all'aria ed al sole? Bernhard a Bivio, sul monte Juler (1776 m.) riscontrava segni di rachitismo nei bambini nati in autunno e costretti dai rigori del freddo a rimanere per molti mesi chiusi entro catapecchie male illuminate, mentre non ne verificava alcuno nei bambini nati in primavera, che le madri portavano in giro all'aperto durante i pascoli estivi.

Il rachitismo manca nei paesi equatoriali: esso è un triste appannaggio invece dei paesi della nebbia e del fumo, dove l'atmosfera assorbe una gran parte dei raggi attinici. Del resto le indagini scientifiche più recenti delucidano assai bene e chiaramente confermano il perchè dell'efficacia terapeutica della luce solare contro il rachitismo. Ce lo dimostra il recente libro del Lorenzini. Il rachitismo è un'avitaminosi infantile da carenza di una speciale vitamina liposolubile, la vitamina D, la quale costituisce l'elemento essenziale per la regolazione del bilancio del calcio e per la fissazione dei sali di calcio da parte del tessuto osseo. Essa rappresenta la fase attiva di una sostanza appartenente al gruppo degli steroli, che si attiva, cioè si trasforma in vitamina antirachitica, sotto l'azione dei raggi U. V. anche nell'organismo umano, precisamente a carico degli steroli presenti nell'adipe sottocutaneo (Lorenzini). Ecco dunque che una felice concordanza tra le vecchie osservazioni cliniche e la odierna rigorosa indagine sperimentale ha esaurientemente rischiarato il problema genetico del rachitismo ed ha offerto insieme la prova della influenza benefica della cura solare contro di esso. È da augurarsi quindi che i nostri piccoli rachitici trovino d'ora innanzi precoce tempestivo ricovero nei sanatorî elioterapici, dove eviteranno il più spesso sicuramente il dolore di tante manovre, di tanti raddrizzamenti e di tanti apparecchi.

E dacchè siamo in tema di chirurgia ossea, diciamo due parole *delle fratture*. Già Hamilton nel suo *Trattato delle fratture* raccomandava addirittura di esporre gli arti fratturati all'aria ed alla luce una o due volte al giorno, e Percy — chirurgo militare francese del secolo XVIII — osservava che i fratturati collocati in angoli di sale non esposti al sole, subivano per solito un ritardo nella consolidazione. La dolorosa esperienza di traumatologia fatta durante la guerra ci ha persuasi che le radiazioni solari affrettano in genere l'ossificazione del callo, procurano il riassorbimento dell'edema circostante, migliorano la nutrizione muscolare, imprimendo agli elementi propri del focolaio di riparazione ossea una benefica intensificazione dell'attività metabolica. E che dire degli interessanti risultati che la fototerapia eliogena ci ha dato nella cura delle ferite *settiche di guerra?* In quel tempo si è fatto in certi reparti della applicazione elioterapica sistematica su larga scala. Ebbene non sembra davvero esagerato affermare che la cura solare ha potuto risparmiarci talvolta qualche antipatico intervento demolitore.

Per la favorevole esperienza acquistatane appunto durante la guerra, ci siamo in seguito mantenuti fedeli alla elioterapia anche nel servizio ospedaliero civile, applicandola largamente, in molti casi anche a scopo di saggio.

Così nella chirurgia settica, negli esiti delle più comuni forme suppurative, specie a carattere torpido, essa ci è tuttora di valido aiuto, offrendoci modo spesso di vedere profonde cavità che in poche settimane si ricolmano, ampi focolai saniosi (particolarmente i coli-bacillari) che perdono il loro fetore e si detergono, fistole che si chiudono, piccoli sequestri che spontaneamente si eliminano. In una parola essa costituisce sempre un prezioso complemento della cura postoperatoria.

Nelle ulceri fagedeniche, nelle scottature, nei congelamenti, in piaghe da decubito, ulceri neurotrofiche, in tutte cioè quelle lesioni che, per essere dominate da un disturbo di nutrizione di origine circolatoria o nervosa, sono essenzialmente prive di vitalità ed atoniche, assai bene risponde la cura solare. È facile vedere, ad esempio, le piaghe da varici esposte al sole perdere in breve il loro rivestimento untuoso, riassorbirsi l'edemazia cir-

costante, appiattirsi le callosità dei margini, cessare la dolorabilità, il prurito, e quindi scomparire le lesioni da grattamento a tipo eczematoso. Bernhard afferma che la elioterapia è per le ustioni una vera benedizione: l'abbiamo applicata varie volte constatandone il potere analgesico e cheratoplastico. Essa è indicata anche nei congelamenti, nelle causticazioni chimiche e nelle radiodermiti. Bardenheuer è riuscito in poche settimane a cicatrizzare una ulcerazione da raggi X dianzi ribelle ad ogni cura. In una roentgenterapizzata per fibroma uterino, anch'io ottenni in poco più di un mese la guarigione stabile di una vasta ulcera crateriforme soprapubica, trattandola col sole e gli impacchi di linimento oleo-calcare. Esperienze importanti del Torraca dimostrano che la più rapida evoluzione del tessuto di granulazione in tessuto fibroso cicatriziale è effetto non soltanto della fortissima dilatazione vasale, ma altresì della più abbondante e più intensa neoformazione di anse vascolari, indotta dai raggi solari. Anche in quelle piaghe, in cui non era dato prima di vedere alcuna traccia di epitelio, in pochi giorni si vedono sortire qua e là isolotti epiteliali, forse per proliferazione di particelle minime ed invisibili, rimaste incolumi in mezzo alla distruzione dei tessuti, ed indi riattivate dal sole. Tali proprietà stimolanti alla epidermizzazione furono in passato sfruttate anche nelle anaplastiche tegumentarie per innesti cutanei sia dermo-epidermici che totali (Wagner, Baviera, Torraca, Chaussegros). Perfino ulceri sifilitiche, rimaste torpide e con scarsa tendenza al miglioramento ad onta del trattamento specifico, furono curate fruttuosamente col sole. In dermopatologia, Vallot preconizza la cura attinica per le verruche ed il Quattrini per la psoriasi, l'ittiosi, l'alopecia, della quale ultima l'elioterapia sarebbe il trattamento di scelta nella scuola di Mantegazza. Citiamo solamente l'autosservazione di Hirschberg, che si diceva guarito di un cancro del padiglione dell'orecchio e quella di Widmer che otteneva colla sola elioterapia guarigione durevole di un cancroide ulcerato del dorso della mano in una donna di 81 anni (?).

Merita di essere ricordata, per la possibilità che offre ad ulteriori studi, la utilizzazione della elioterapia nel campo ginecologico. L'Aimes nel suo libro già citato, dedica un intero capitolo alla ginecologia e riferisce per esteso i casi del dott. Sneguireff di Mosca, che nel 1882 fu il primo a consigliare tale metodo. Oltre naturalmente a tutte le localizzazioni genitali o paragenitali della tubercolosi, molte forme annessiali non specifiche ci danno, più o meno a lungo, la prova dell'azione solvente e riduttrice della luce solare, col riassorbimento graduale di notevoli masse essudative, colla diminuzione delle secrezioni ed una immancabile ripresa delle condizioni locali e generali: Badin si è valso con profitto dell'effetto analgesico e decongestionante del bagno di sole nelle metrorragie e metriti dolorose, tanto che egli ne vorrebbe estendere la pratica a tutte le sindromi dolorose infiammatorie dell'addome e del bacino. Rollier lo ha esperimentato con successo nelle cistiti bacillari, mentre Bernhard parla della rapida cicatrizzazione raggiunta in vecchie ulceri del collo da lui irradiate col sole a mezzo dello speculum di Cusco. Il Revillet infine sostiene che la elioterapia è il trattamento specifico di numerose e disperate amenorree e dismenorree *sine materia*, essendo la luce solare eminentemente emmenagoga ed eumenorroica. « Sotto la sua influenza — egli scrive — le ovaie e i corpi lutei riprendono la loro attitudine alla fecondazione. Applicata nella giovane adolescente alla vigilia della sua pubertà, essa impedirà l'infantilismo e l'ipoplasia degli organi genitali, essa spegnerà spesso dei focolai tubercolari ancora localizzati, ma che in seguito possono generalizzarsi e finire nella tubercolosi polmonare, come accade troppo spesso nelle ipoplasiche dei genitali ».

Data questa rapida scorsa alle indicazioni pratiche più comuni della cura solare in chirurgia generale e nelle sue branche annesse, dirò che i risultati confortanti ottenuti nei nostri reparti confermano che l'elioterapia si può applicare con successo anche in pianura, senza che sia necessario il concorso del clima di alta montagna o del mare, complementi certamente utilissimi ma non indispensabili. Ne è valida prova l'incremento preso dalle numerose colonie fluviali, sparse ormai in tutta Italia. Al riguardo tuttavia è sempre bene tener presente che al fattore sole deve unirsi quello dell'aria, irradiando cioè all'aperto, su terrazze o in giardini, nelle ore più opportune della giornata — preferibilmente dalle 10 alle 14 — su brande esposte, riparando il capo dei malati con berretti di tela bianca e proteggendone gli occhi con lenti affumicate.

Più che preoccuparsi della insolazione locale, bisogna tenersi fedeli alla irradiazione diretta totale, cioè al bagno di sole generale iniziandolo dai piedi il primo giorno e passando via via alle gambe, alle coscie, all'addome, al collo, ecc. In tutte le pubblicazioni

degli elioterapisti sono costantemente raccomandati i due criteri principali della progressione graduale e della stretta individualizzazione nella posologia. Perciò di solito è bene cominciare da 10 minuti il primo giorno, prolungando le sedute di 5-10' ogni giorno ed arrivare a tre ore al massimo (non si rileva alcun giovamento da esposizioni più lunghe), cercando naturalmente caso per caso di portare quelle variazioni alle dosi che sono raggiunte dal grado di tolleranza individuale manifestato dal paziente. Nei soggetti in cui la pigmentazione avviene rapidamente, si può, ad esempio, aumentare la durata delle sedute con una certa celerità, mentre è da procedere con cautela in coloro che sono più restii a pigmentarsi. Tenendo presenti queste norme, si evitano i pochi eventuali disturbi e si riducono al minimo le fastidiose, ma del resto rare, eliodermiti.

L'elioterapia è entrata ormai nella sua fase scientifica e fa parte ufficialmente della terapia fisica, come un efficace metodo curativo che oltre ad avere delle magnifiche virtù riparatrici locali, agisce prevalentemente e dà i suoi migliori vantaggi come mezzo tonificatore generale, come un energico rigeneratore di tutto il substrato individuale. Essa è venuta a comprovare una volta di più, colla serie ininterrotta dei suoi brillanti risultati, che nella lotta contro le infezioni, l'agente esterno microbico, l'etiologismo esogeno non può più costituire tutto ed il solo obiettivo della terapia, ma che bisogna mirare anche all'esaltazione delle risorse difensive individuali ed al massimo miglioramento del terreno organico, finora a torto considerato semplice ospite della malattia. Pertanto anche la terapia chirurgica non può oggi trascurare di dare la dovuta considerazione ad una provvidenza terapeutica dimostratasi tanto atta a valorizzare nel suo più alto grado il fattore difensivo del terreno costituzionale. Ed invece purtroppo la pratica elioterapica, senza essere misconosciuta, non trova però ancora nei nostri reparti quella favorevole accoglienza e quel largo impiego, cui essa ha ormai diritto. Ecco perchè credo di non essermi inutilmente occupato, in questa modesta e frettolosa rassegna, a tener parola delle più comuni indicazioni cliniche della elioterapia, e concludo esprimendo l'augurio che in ogni Ospedale modernamente attrezzato trovino posto le indispensabili gallerie di cura ed i solarii, dove la luce solare sia più spesso chiamata a portare al nostro quotidiano lavoro chirurgico il suo valido contributo vivificatore.

RIASSUNTO.

Senza entrare nel campo della elioterapia chirurgica antitubercolare — nel quale i medici italiani furono dei precursori — l'A. passa in rassegna i vari effetti biologici locali e generali del bagno di sole e traccia le indicazioni cliniche più comuni della cura solare nelle malattie ossee, in traumatologia, in dermopatologia, nel campo ginecologico e negli esiti di affezioni infiammatorie acute; ricorda infine le norme tecniche fondamentali della elioterapia, preconizzandone un più largo impiego nei reparti chirurgici ospedalieri.

BIBLIOGRAFIA.

ROLLIER. *Die Heliotherapie der Tuberkulose mit besonderer Berucksichtigung ihres chirurgischen Formen.* Ergebnisse der Chir. u. Ortop., VII, B. 1913.

ROATTA. *L'elioterapia nella pratica medica.* Milano, Hoepli, 1914.

AIMES. *La pratique de l'héliothérapie.* Paris, Maloine, 1914.

JAUBERT. *La pratique héliothérapique.* Paris, 1915.

PINALI-MAGRASSI. *Elioterapia* nel volume « *Terapia fisica* ». Collezione Wassermann, Milano, Grixoni, 1925.

QUATTRINI. *Biologia solare ed elioterapia dermatologica.* Pavia, 1922.

DI FRANCESCO. *Metodi e risultati delle cure eliomarine.* Atti della Soc. It. di Chir., 1923.

SCHIASSI. « *Apte diu* » *nel trattamento della tbc. chirurgica.* Modena, Orlandini, 1923.

VACCHELLI. *Osservazioni cliniche su anomalie di pigmentazione.* Riforma Med., anno XLI, n. 25, 1925.

LEONE. *L'elioterapia e le sue applicazioni cliniche.* Palermo, « Boccone d. Povero », 1925.

BERNHARD. *Heliotherapie bei chirurgischen Leiden.* Strahlentherapie, Band. XX, 1925.

LORENZINI. *Teoria della vitamina e sue applicazioni pratiche.* Roma, Pozzi, 1928.

QUESTIONI DEL GIORNO.

La arteriografia nella diagnostica.

(C. BONORINO UDAONDO y P. A. MAISSA. *Pr. Med. Arg.*, giugno 1929).

I primi saggi sull'arteriografia risalgono al 1910 per opera di Schepelmann, ma solamente da qualche tempo il metodo è stato preso veramente in considerazione ed oggi le osservazioni da parte dei varii AA. si vanno facendo sempre più frequenti e numerose.

Sicard e Forestier utilizzarono la nota tolleranza dei vasi al lipiodol, per localizzare le obliterazioni arteriose degli arti, Brooks di recente in tre casi di ulcera delle estremità, ha eseguito l'arteriografia mediante l'iniezione arteriosa di ioduro di sodio al cento per cento di concentrazione.

Senza dubbio la tecnica di Sicard dà arteriografie migliori ed oltre a ciò l'iniezione è indolore. In cambio però può dare reazioni a distanza, sopratutto nei casi di indurimento arterioso, ed oltre a ciò il lipiodol per la sua stessa consistenza, può originare trombi arteriosi, come pure presenta l'inconveniente di restare a lungo nei piccoli vasi.

Gli AA. si dichiarano più favorevoli alle soluzioni acquose opache e nelle loro esperienze hanno utilizzato le soluzioni di ioduro di sodio al 25 %, di cui ne introducevano 15-30 cmc.

Tutte le arteriografie riguardano gli arti inferiori; come anestesia, dopo aver provato sia quella locale che quella rachidea, gli AA. hanno dato sempre la preferenza a quest'ultima.

L'arteria femorale si mette in evidenza nel canale di Hunter o nel triangolo di Scarpa, a seconda dell'altezza del vaso che si desidera vedere.

Collocato il p. sotto lo schermo radiografico, s'inietta rapidamente la soluzione iodurata. Per ogni caso gli AA. hanno eseguito radiografie in serie; la prima mentre si fa la iniezione, la seconda quando è finita, e le rimanenti dopo 3 e dopo 10 minuti.

La arteriografia senza dubbio rappresenta un evidente progresso della semeiotica, sebbene per il momento abbia ancora indicazioni limitate. Quello che è certo si è che nelle obliterazioni arteriose di qualunque natura e specie nel periodo di gangrena, permette localizzare con esattezza il punto dove deve essere fatta l'amputazione.

Tale metodo certamente è destinato a soppiantare i classici procedimenti di esplorazione della permeabilità arteriosa (oscillometria, prove di Aldric e di McClure, di Moszkowicz, ecc.) ma pur essendo di grande utilità ed interesse, non è scevro tuttavia di qualche inconveniente.

A. P.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO.

Su alcuni disturbi di circolazione del fegato.

(W. M. DE VRIES. *Nederlansch tijdschrift voor geneeskunde*, 16 nov. 1929).

Il fegato ha, come il polmone, la particolarità di contenere in massima parte sangue venoso, fornito al primo dalla vena porta, al secondo dall'arteria polmonare, mentre il sangue arterioso è dato rispettivamente dalla arteria epatica e dalle arterie bronchiali, tutte di calibro assai piccolo. L'arteria epatica si distribuisce essenzialmente al tessuto connettivo ed alle pareti dei vasi sanguigni e biliari, le arterie bronchiali agli interstizi ed alle pareti bronchiali. La vena porta e le arterie polmonari provvedono alle funzioni, le arterie epatica e bronchiali alla nutrizione dei rispettivi organi.

Come il fegato si divide in due lobi divisi dal legamento falciforme, così sono da distinguersi due metà, per quanto riguarda la distribuzione dei vasi, sia della porta, che dell'arteria epatica e delle vie biliari. I due rami, destro e sinistro, della porta non sono fra loro in rapporto mediante collaterali, ma soltanto per mezzo dei capillari; lo stesso avviene per i due rami dell'arteria epatica; soltanto qualche piccolo ramo, ben raramente una grossa arcata, stabilisce la comunicazione fra il ramo destro e sinistro.

L'A. considera qui le lesioni epatiche che sono in rapporto con l'irrorazione sanguigna e cioè:

1) la chiusura di uno dei due rami della porta;

2) l'emidegenerazione del fegato;

3) la chiusura del tronco della porta;

4) la chiusura del tronco o di uno dei rami dell'arteria epatica.

1) *Chiusura di uno dei rami della porta.*

8 casi; in 6 era interessato il ramo sinistro, in 2 il destro, sia per trombosi, sia per estensione della compressione da parte di un neoplasma. Soltanto in 1 caso, si trattava di trombosi da vizio cardiaco; negli altri 7 si trattava di neoplasma (stomaco, vie biliari, ecc.) che aveva determinato la trombosi o la compressione.

La metà del fegato così colpita era più piccola, irrorata da maggior quantità di sangue; all'esame microscopico, si riscontrava notevole atrofia delle cellule epatiche. In un caso dell'A., la compressione si era estesa anche al dotto epatico e ne era risultata un'emicolangiectasia.

2) *Emidegenerazione del fegato.*

Questa anomalia forma l'oggetto di una comunicazione di Wassink. In un caso di peritonite acuta ed in due di enterite (questi ultimi in piccoli bambini, egli trovò la metà destra del fegato più grossa e più pallida che la sinistra; il limite era dato dal legamento falciforme. All'esame microscopico rigonfiamento torbido e degenerazione grassa della metà destra.

Tali alterazioni sono dovute alle tossine provenienti dall'attività batterica nella peritonite e nell'enterite e si spiegano considerando il circolo venoso del fegato. La vena porta è formata essenzialmente da due rami, la splenica (che porta il sangue dalla milza e dallo stomaco) e la grande mesenterica col sangue proveniente da gran parte dell'intestino e dal peritoneo. Queste due radici della porta si riuniscono quasi ad angolo retto; la vena mesenterica piccola (che porta il sangue dal colon discendente) sbocca ora nella V. splenica (42 per cento), ora nella grande mesenterica (29 per cento) e talvolta proprio nell'angolo formato da esse (20 %). Per spiegare l'emidegenerazione destra del fegato, si deve ammettere che il sangue della V. mesenterica grande (e piccola), carico delle tossine provenienti dall'intestino e dal peritoneo si distribuisca alla metà destra del fegato, mentre quello della V. splenica (proveniente dallo stomaco e dalla milza e meno carico di sostanze tossiche) vada principalmente nella metà sinistra.

Si deve quindi ammettere una doppia corrente della V. porta, la destra proveniente dalla V. mesenterica grande e la sinistra proveniente dalla V. splenica. Anche gli autori francesi, del resto, parlano di questa doppia corrente, formata dalla riunione dei rami gastro-spleno-epatico sinistro e da quello entero-pancreatico-epatico destro.

Wassink ha comprovato queste vedute anche mediante esperimenti, iniettando dell'inchiostro nelle vene splenica e mesenterica, senza risultato nei conigli, mentre nei cani e gatti, potè ottenere la colorazione nerastra della metà destra del fegato con l'iniezione nella V. mesenterica.

Non è poi improbabile che, anche nella ramificazione arteriosa, esista una doppia corrente destra e sinistra.

I risultati di Wassink vennero confermati da esperienze di Gopher e Dick, i quali iniettarono il tripanblau nei cani ed ottennero la colorazione della parte sinistra con l'iniezione nelle vene della milza e dello stomaco e della parte destra, con quella nelle vene del duodeno, pancreas, tenue.

L'A. ha osservato 46 casi di emidegenerazione del fegato, di cui 12 di appendicite con peritonite, 7 di carcinoma gastro-intestinale, 23 di altre affezioni addominali e 4 casi dubbî. Fra tutti vi erano 32 casi con peritonite, per i quali vale la spiegazione già data. Fra gli altri 10 casi (esclusi i 4 dubbi) si avevano: 1 caso di carcinoma gastrico morto 3 giorni dopo la laparotomia, 3 di trauma addominale, 2 di enterite, 2 di ernia incarcerata con volvolo, 1 di ulcera colica, 1 di febbre tifoide. In tutti questi, vi era quindi la possibilità che arrivassero al fegato delle sostanze tossiche per la V. mesenterica grande.

In 42 casi si aveva emidegenerazione destra, in 4 sinistra; 2 di questi ultimi si spiegano con le vedute già accennate. Gli altri 2 sono i seguenti: 1) trattavasi di un giovane morto per peritonite ed ascesso del fegato 3 settimane dopo aver ricevuto un colpo all'addome. Vi era trombosi del ramo principale destro della V. porta; l'emidegenerazione sinistra si spiegava quindi col fatto che, in causa della trombosi del ramo destro, le sostanze tossiche non potevano raggiungere la metà destra del fegato ed erano tutte portate a sinistra, donde la degenerazione; 2) nel secondo caso si trattava di un volvolo senza peritonite; probabilmente, la torsione del mesenterio aveva fatto sentire la sua influenza anche sopra la corrente della porta, in modo tale che il sangue era diretto essenzialmente verso sinistra, donde un maggiore apporto di sostanze tossiche in questa parte e l'emidegenerazione sinistra.

I quattro casi dubbi riguardavano:

1) Una donna di 37 anni con apoplessia e rene grinzo, emidegenerazione sinistra. 2) Un neonato di 1 giorno, con labbro leporino; emidegenerazione sinistra. 3) Un uomo di 35 anni con polmonite e calcoli biliari; emidegenerazione destra. 4) Una donna di 64 anni con carcinoma ovarico recidivante; degenerazione destra.

L'A. riporta anche un'osservazione di Deelman di un feto nato morto, da una madre eclamptica, che guarì; vi era emidegenerazione destra.

A proposito di questi 5 casi, l'A. ricorda anzitutto le vedute di autori francesi ed americani, secondo cui le due metà del fegato hanno differenze di funzioni; così, p. es., lo jodio iniettato sottocute lo si trova soprattutto nella parte destra. Si può ammettere che, nei 5 casi citati la differenza consistesse nel diverso modo di fissazione dei grassi, di eliminazione delle sostanze tossiche, di liquidi, di albumina e conseguente degenerazione parenchimatosa.

3) *Chiusura del tronco della V. porta.*

Si è già detto che la chiusura di un ramo principale della porta è seguita dall'atrofia della corrispondente parte del fegato. Si potrebbe quindi pensare che la chiusura del tronco della porta sia seguita da atrofia del fegato, ma ciò non è. Di fatto, Kaufmann, nel suo trattato di anatomia patologica, osserva che la chiusura della porta è per lo più senza conseguenze per il tessuto epatico. Negli animali da esperimento, la chiusura del tronco della porta è seguita rapidamente da morte; nell'uomo,

invece può essere compatibile con la vita. Negli stessi animali, poi, si può fare un'anastomosi fra la porta e la cava inferiore, in modo da descludere dal fegato il sangue portale e si vede allora che gli animali possono rimanere in vita.

Si possono, pertanto, trarre le seguenti conclusioni: 1) il fegato può far senza del sangue portale e viene abbastanza fornito di sangue con l'arteria epatica; 2) l'uomo e gli animali d'esperimento possono sopportare che il sangue portale non passi per il fegato, ma lungo le vene collaterali (uomo) o per la cava inferiore (animali). Si può quindi pensare che le sostanze eliminate dal canale gastro-intestinale possano raggiungere il fegato anche per il sistema: cuore-polmoni-aorta-arterie epatiche. Ciò vale soltanto per il primo stadio della pile-trombosi, fino a quando si sia sviluppato il circolo collaterale fra il campo della porta e quello dei suoi rami.

L'A. esamina poi la questione della diversa conseguenza che ha la chiusura di uno dei rami o dell'intero tronco della porta; nel primo caso, atrofia, nel secondo, per lo più, nessuna conseguenza. La chiusura, p. es., del ramo sinistro porta l'atrofia della metà sinistra; il ramo destro porta di conseguenza una maggiore quantità di sangue e così pure l'arteria di destra. La metà destra, per un sovraccarico di funzione viene ad ipertrofizzarsi, mentre la sinistra si atrofizza.

Se invece viene a chiudersi l'intero tronco, l'arteria epatica può, di per sè, mantenere in vita il tessuto epatico, senza differenza fra le due metà, fino a che non si stabilisca la circolazione collaterale venosa.

4) *Chiusura dell'arteria epatica.*

Quando avviene gradatamente, non ha gravi conseguenze per il tessuto epatico, per i numerosi rami collaterali con l'arteria splenica. Invece, la chiusura improvvisa di uno dei rami o di tutta l'arteria viene seguita da necrosi massiva della metà corrispondente o di tutto il fegato.

Le cause consistono, per lo più, in conseguenze di atti operativi, che hanno reso necessaria l'allacciatura dell'arteria.

Dei 26 casi raccolti da Ritter, ve ne è 1 solo di embolia, 1 di rottura dell'arteria per trauma, 1 di trombosi consecutiva all'azione del termocauterio usato per l'estirpazione della cistifellea; in due casi, si trattava di aneurisma dell'arteria epatica in occasione di un'allacciatura; tutti gli altri casi riguardavano operazioni sulle vie biliari.

La chiusura, in tali casi è improvvisa e non si ha tempo che si sviluppi il circolo collaterale, mentre invece il restringimento dell'arteria per arteriosclerosi non provoca disturbi per il fatto che si sviluppa tale circolo.

A prima vista appare evidente che l'allacciatura dell'arteria epatica (o di uno dei suo rami) con conseguente necrosi del territorio corrispondente, in quanto che esso non viene irrigato (o solo insufficientemente) di sangue sia seguita, di solito, da morte.

Ma la cosa non è tanto semplice. Anzitutto si può ammettere che la morte sia dovuta al fatto che parte del fegato viene così messa fuori funzione, ma ciò non è il caso poichè tale fatto non è necessariamente seguito da morte. Nemmeno si può attribuire questa all'infezione delle vie biliari, che non si ha in tutti i casi. Si può poi pensare alla possibilità di un'intossicazione da riassorbimento dei tessuti necrotici. Ma, in complesso, si deve riconoscere che la vera causa della morte, in questi casi, ci sfugge e solo si può dire che l'allacciatura dell'arteria epatica o di uno dei suoi rami va considerata come un atto pericoloso.

L'A. considera, da ultimo, la questione del risultato finale della emiatrofia del fegato consecutiva alla trombosi di uno dei rami della porta o di necrosi susseguente alla chiusura dell'arteria epatica. Nel primo caso, la parte atrofica diventa sempre più piccola, rimanendovi solo lo stroma; nel secondo caso, le parti necrotiche vengono assorbite e la parte colpita diventa pure piccola. In entrambi i casi, le parti rimanenti si ipertrofizzano. Non è improbabile che la così detta ipoplasia di un lobo epatico, osservata anche dall'A., dipenda dalla chiusura precoce di un ramo della V. porta o dell'arteria epatica. FILIPPINI.

La bilirubinemia nella insufficienza epatica.

(CH. RAHIER. *Le Scalpel*, n. 30, 1929).

Metodi biochimici sufficientemente sensibili dimostrano la presenza costante nel sangue di un soggetto normale, di una certa quantità di bilirubina. D'altra parte ricerche recenti nel campo fisiologico inducono molti autori a considerare il fegato non più come un organo elaboratore esclusivo di questo pigmento, ma come un organo escretore della bilirubina, elaborata in tutto l'organismo da parte del sistema reticolo-endoteliale. Secondo questa teoria il fegato si comporterebbe rispetto alla bilirubina, come il rene rispetto all'urea.

Il dosaggio della bilirubina nel sangue permetterebbe di studiare la ritenzione del pigmento e il grado della insufficienza della cellula epatica, per una delle sue funzioni.

In questo campo di investigazione la sensibilità della tecnica è di fondamentale importanza. Accanto al metodo ben noto d'Hymans Van den Bergh. ve n'è un altro, che è servito alle esperienze dell'A., metodo spettrofotometrico, più sensibile e più costante, i cui dettagli tecnici saranno descritti in altro articolo. La precisione di un tale metodo diminuisce le difficoltà della ricerca, e permette di stabilire la bilirubina normale, facendo la media di numerosi dosaggi effettuati in soggetti giovani e clinicamente normali.

La traduzione ponderale della bilirubinemia urta contro una difficoltà: il pigmento puro che deve servire da *standard* è un corpo difficile a ottenere ed assai instabile. Di fronte alla imprecisione dei risultati è solo consentito fissare i dati in unità arbitrarie.

In soggetti normali e sottoposti ad una alimentazione mista la bilirubinemia si mantiene a un tasso sensibilmente costante. Esiste tra la bilirubinemia normale e quella che corrisponde al subittero un margine abbastanza esteso. Il subittero svelabile dall'esame delle congiuntive corrisponde a una bilirubinemia circa 4 volte più elevata del normale, mentre per la comparsa dei pigmenti biliari nell'urina occorre un tasso 8 volte superiore al normale.

In patologia vi è dunque interesse a dosare la bilirubina del sangue negli stati preitterici. Nelle piccole insufficienze epatiche si osserva frequentemente una bilirubinemia doppia o tripla del normale. Nelle cirrosi atrofiche del fegato senza subittero apparente, nelle affezioni acute, negli alcoolisti, nella tubercolosi polmonare avanzata, nella insufficienza cardiaca, si nota una analoga ritenzione di pigmento. Vi è anche esagerazione della bilirubinemia nella porpora, nelle anemie gravi, ma in tali casi si deve ammettere una iperproduzione di pigmento, e considerare secondario il difetto di escrezione. Nel diabete con xantodermia il metodo ottico dà un tasso di pigmento sempre elevato. In questa affezione non è solo la bilirubina in causa, perchè esiste nel siero un pigmento simile del gruppo carotene. È interessante anche rilevare che l'aumento del tasso del pigmento biliare nel sangue coesiste con la presenza dell'urobilina nelle urine, ed osservare il parallelismo con cui le due funzioni si svolgono.

Quando l'ittero è stabilito, si può, con tale metodo tradurre in cifre la sua intensità, ma specialmente quando esso tende alla cronicità, ed è difficile misurarne le variazioni, il dosaggio può intervenire con utilità e guidare il clinico.

Sembra dunque che il dosaggio della bilirubina nel siero possa misurare l'attività della cellula epatica per una delle sue funzioni. L'interesse maggiore di questo metodo sta nello studio degli stati preitterici e nella misura di piccole variazioni dello stato funzionale delle cellule. Però questa esplorazione non potrà essere che parziale non pretendendo di risolvere il problema della insufficienza epatica.

A. PICCINELLI.

Significato diagnostico della presenza di urobilina nelle urine.

(T. C. HUNT. *The Lancet*, 12 ottobre 1929).

L'urobilina è un derivato biliare che può comparire nelle urine e che deve essere nettamente distinto dai veri pigmenti biliari, biliverdina e bilirubina, che sono presenti nel sangue e nelle urine nell'ittero da occlusione. Nella parola urobilina l'A. comprende l'urobilina e il suo probabile precursore l'urobilinogeno perchè la loro presenza e la loro importanza è clinicamente la stessa.

L'urobilina si forma così: la bilirubina e la biliverdina formate dall'emoglobina del sangue sono secrete dal fegato nella bile, raggiungono l'intestino e si trasformano in urobilina di cui una parte rimane nelle feci (stercobilina) e una parte, la maggiore, è assorbita dall'intestino nel sangue, riportata al fegato e qui ritrasformata in bilirubina.

Si può avere eccesso di urobilina nel sangue o per eccesso di formazione di pigmenti nel sangue per cui un eccesso di urobilina si produce e si assorbe o per deficienza del fegato a trasformare l'urobilina che riceve. Un eccesso di urobilina nel sangue, a rene normale, è eliminato per le urine. Il saggio dell'urobilina nelle urine si può fare col reattivo di Ehrlich. Una reazione fortemente positiva è sempre patologica, mentre tracce di urobilina si possono avere nel pomeriggio in persone sane.

Il significato dell'urobilina nelle urine può essere duplice: o dipende da eccesso di distruzione di sangue o da deficiente funzionalità epatica.

Urobilinuria e deficiente funzionalità epatica. L'urobilinuria si ha nella cirrosi epatica, dopo alcoolismo acuto, nell'ittero catarrale (in cui si ha prima anche della comparsa dei pigmenti biliari veri), nell'insufficienza cardiaca.

Se c'è alterazione renale l'urobilinuria non si produce. Questo permette di distinguere la insufficienza cardiaca di origine renale da quella unicamente cardiaca.

Urobilinuria nelle emolisi. Si ha urobilinuria nella malaria, nell'anemia perniciosa (in cui l'urobilinuria può servire per differenziare dal cancro gastrico), nell'ittero emolitico (mentre manca nell'ittero da occlusione perchè la bile non giunge all'intestino).

Urobilinuria nelle emorragie. Può essere utile per la diagnosi di rottura di gravidanza ectopica, di infarto polmonare (in cui compare dopo 6-8 ore dall'inizio e persiste per 2-3 giorni).

R. LUSENA.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Infarti ed emboli polmonari.

(FARR e SPIEGEL. *Ann. of Surg.*, aprile 1929).

Si tratta di uno studio ampiamente svolto sugli infarti e sugli emboli polmonari sulla base di un gran numero di casi clinici, di reperti di autopsia e di dati radiografici. Solo con grande difficoltà, però, gli AA. sono riusciti a porre in relazione fra loro i numerosi fatti messi in evidenza.

La trombosi è una evenienza abbastanza frequente dopo interventi operatori e nell'età senile in condizioni che a rigore non potrebbero nemmeno essere considerate come patologiche; il distacco di emboli invece, grandi o piccoli, è un fatto piuttosto raro. Il fattore determinante non è il trombo, ma il tipo del tessuto di reazione al trombo. Se l'intima riesce a organizzare solidamente il trombo, con o senza canalizzazione di esso, il pericolo del distacco di frammenti non è grande.

I trombi che si formano nelle vene di calibro maggiore si frammentano più facilmente e così precocemente si associano a sintomi di emboli polmonari, quali si hanno nella prima settimana dopo un intervento, che sono forieri di una embolia polmonare massiva.

Gli AA. non credono che particolarità di tecnica, la posizione operatoria o le infezioni siano fattori di grande importanza nella formazione dei trombi. Quindici casi studiati dagli AA. e controllati coll'autopsia, erano seguìti a operazioni le più diverse. Tutti invece avevano presentato lievi segni a carico dei polmoni ai quali può venire attribuito un grande valore prognostico.

Nella causa della morte nell'embolia dell'arteria polmonare ha certamente maggiore importanza, l'ostacolo improvviso che trova il cuore anzichè la riduzione dell'area respiratoria. Infatti i segni dell'embolo della polmonare sono molto simili a quelli che si hanno nelle occlusioni delle coronarie.

Non dànno gran valore a tutte quelle cause (movimenti bruschi, lievi sforzi, ecc.) alle quali viene spesso attribuita la mobilizzazione dell'embolo. In molti casi hanno potuto dimostrare come l'embolo polmonare aveva preceduto di un certo tempo la comparsa della sintomatologia terminale.

Negli individui giovani si hanno più frequentemente infarti del polmone, che insorgono più precocemente e sono infinitamente meno gravi degli emboli massivi. Il fatto può essere attribuito alle migliori condizioni della circolazione per le quali piccoli trombi sono subito rimossi e viene impedita la formazione tardiva di grossi trombi.

Generalmente l'inizio del processo è accompagnato da un brusco e breve aumento della temperatura senza corrispondenti modificazioni del polso e del respiro.

L'esame radiologico non può avere grande importanza nella diagnosi perchè i primi stadii sono rappresentati da una semplice iperemia alla quale segue la epatizzazione e solo dopo un certo tempo si ha la fase finale di cicatrizzazione colla formazione della zona cuneiforme caratteristica.

Seguono alcune considerazioni sugli infarti e gli emboli polmonari in alcune condizioni di pertinenza della medicina interna quali le lesioni cardiovasali e il tifo.

M. ASCOLI.

Sul trattamento delle fistole bronchiali persistenti.

(POOL et GARLOCK. *Annals of Surgery*, agosto 1929).

Le lesioni che sono il più frequentemente seguìte da fistole bronchiali, sono l'empiema della pleura e l'ascesso del polmone, di qualsiasi origine essi siano. Più raramente sono causa di fistole bronchiali, le caverne tubercolari, le gangrene polmonari, le micosi.

La maggior parte delle fistole, specie se piccole, hanno però tendenza a chiudersi spontaneamente. La persistenza di una fistola può essere dovuta alla suppurazione nel parenchima polmonare o al catarro dei bronchi, alla rigidità delle pareti della cavità dell'empiema nella quale la fistola si apre, alla formazione di un canale bronco-cutaneo, o alla presenza di un corpo estraneo. Le fistole bronco-cutanee labiate, hanno anch'esse tendenza a persistere.

Naturalmente non si deve mai tentare la chiusura di una fistola bronchiale, finchè sia necessario di drenare una cavità polmonare suppurante.

Se l'orificio della fistola è piccolo si può chiudere facilmente con l'applicazione locale di un caustico.

Gli AA. consigliano per chiudere le fistole persistenti di tapparne il lume con un lembo muscolare peduncolato. L'operazione da essi descritta è molto semplice e può avere certamente una larga applicazione. È sempre stata seguìta da successo nei casi degli AA. Ne riferiscono tre, nei quali si trattava di fistole bronco-pleuriche, che erano seguìte rispettivamente a un ascesso del polmone e a due empiemi.

Hanno tentato poi di ripetere l'operazione negli animali allo scopo di seguire le trasformazioni del lembo trapiantato. Soltanto in due casi sono riusciti a isolare un grosso bronco, ad aprirlo, attaccarlo alla pelle, e a mantenere in vita l'animale per oltre un anno dopo di avere eseguita la chiusura della fistola. Hanno constatato come il lembo resti vitale e non venga sostituito da tessuto fibroso. L'esame microscopico mostra fibre muscolari intatte anche dopo un anno. Il tessuto muscolare del lembo poi viene ricoperto dall'epitelio bronchiale sul suo estremo libero. M. ASCOLI.

SISTEMA NERVOSO.

La clinica dell'elmintiasi in rapporto con il sistema nervoso vegetativo.

(GRUENZWEIG-GRULEWSKI. *Medizinische Welt.*, 28 settembre 1929).

L'eziologia dei disturbi del sistema nervoso vegetativo non è ancora stata sufficientemente studiata, nè presa in giusta considerazione dal medico. Le due condizioni che determinano

essenzialmente disturbi in questa sfera sono la costituzione le cause esogene. Fra queste ultime è da annoverarsi l'elmintiasi, a cui finora non si è rivolta l'attenzione che essa merita.

Secondo Ortner, l'elmintiasi è un complesso sintomatico in cui si trovano disturbi di dispepsia cronica (mancanza di appetito, dolore da fame, vomiti, diarrea) accanto ad altri di tipo pseudoneurastenico (cefalea, anche a tipo di emicrania, vertigini, palpitazioni, dimagrimento).

Secondo Matthes, sono caratteristici per l'elmintiasi il prurito alla mucosa nasale, attacchi di fame imperiosa alternatisi con mancanza di appetito, diarree, flusso salivare, pupille midriatiche, enuresi notturna, emicrania, convulsioni tetaniformi ed epilettiformi.

Tutti sintomi che noi troviamo nei disturbi del sistema nervoso vegetativo, di cui già troviamo la prova nella anamnesi, che ci dimostra l'abnorme labilità e, quindi, l'aumentata irritabilità del neurone vegetativo.

Nella vecchia letteratura medica, molti disturbi nervosi erano attribuiti agli ascaridi (correa, epilessia, eclampsia). In seguito, è subentrato a tale proposito un grande scetticismo, che però non è giustificato, in quanto che è stato dimostrato che tali disturbi in molti casi scompaiono con l'espulsione degli ascaridi e che l'estratto di questi determina gravi fenomeni negli animali da esperimento.

Analoghi stati morbosi sono stati riferiti per il Tricocefalo: vertigini, cefalee e persino irritazione meningea. Sintomi iniziali per la trichinosi sono: malessere, vomiti, cardialgia, vertigini, intontimento, sensazione di pesantezza degli arti, costipazione o diarree.

Nell'anchilostomiasi sono stati osservati, per gli stati iniziali: uno stato di ottundimento psichico, senso di spossatezza, cefalee e vertigini. Si installano poi: senso di dolore alla parte superiore dell'addome, rigurgiti acidi, nausee, vomiti, talora fame esagerata. In molti casi, sono stati osservati: senso di pressione alla regione cardiaca, palpitazioni, irregolarità del polso, diminuzione del visus e facile stancabilità oculare, senza fatti obbiettivi. Sono inoltre da notarsi: stati di depressione, disturbi di senso e di moto, diminuzione del riflesso patellare, disturbi dell'equilibrio e, spesso convulsioni.

Fra i numerosi sintomi, che si osservano nell'infestione da tenie, sono da menzionarsi gli accessi di vertigini, di svenimenti, cefalee, singhiozzo, rapidi cambiamenti di colore, paralisi, convulsioni a tipo epilettoide, ecc.

Nonostante tutti questi fenomeni morbosi che si trovano nell'elmintiasi, vi sono medici che non credono ai danni dei parassiti. Ciò dipende, in parte dal fatto che vi sono individui i quali non hanno tali sintomi morbosi nonostante che alberghino degli entozoi, di cui la presenza viene rivelata soltanto dall'emissione di proglottidi o di ascaridi o di oxiuri. Nella trichinosi, *già poche ore dopo l'ingestione della carne infestata*, si hanno i sintomi caratteristici; prima della manifestazione della febbre e dei fenomeni muscolari, però, deve trascorrere un certo tempo di incubazione.

Anche per l'anchilostomiasi, vi sono molti individui che non hanno sintomi obbiettivi nè subbiettivi, nonostante che alberghino i parassiti.

LA GENESI DEI SINTOMI.

Scartata l'opinione di Peiper che i sintomi siano cagionati dai vari movimenti dei parassiti, è invece da ritenersi che, dagli entozoi, in qualche modo andati a morte, si liberino dei veleni, che vengono prodotti, sia pure in dosi omoepatiche, permanentemente e che, da individui robusti vengono sopportati indifferentemente; si tratta di veri portatori di vermi. Quando però la produzione di tali veleni aumenta, si possono avere i sintomi morbosi. L'A. cita a tale proposito, il caso di un bambino di 10 anni, che soffriva di un tic alla faccia. Un giorno, dopo aver consumato della salsiccia con molto aglio, ebbe convulsioni epilettiformi, con perdita della coscienza. La somministrazione di santonina e di calomelano fece espellere un'enorme quantità di oxiuri; una cura continuata antielmintica fece scomparire anche il tic. In questo caso l'ingestione di aglio aveva portato la morte di molti oxiuri, liberandone il veleno, che determinò gli accessi epilettiformi.

Anche le tenie producono sostanze tossiche, come hanno provato Messineo e Calamida che hanno riprodotto delle convulsioni e delle paresi in animali mediante iniezioni di estratti di tenia. Nell'infestazione da *Dibotriocephalus*, i sintomi di anemia sarebbero determinati dalle proglottidi morte, da cui sono liberate le sostanze tossiche. Seyderhelm ha estratto da questi vermi un tossico — la botriocefalina — che, iniettato in animali di esperimento, determina anemia, policromasia e produzione di normoblasti. Altri autori hanno osservato che i botriocefali di pazienti con anemia perniciosa sono spesso fragili e più o meno autolisati. Analoghi risultati si sono ottenuti con l'*Anchilostoma*.

Si può quindi concludere che i parassiti possono rimanere come ospiti innocui ma che, quando muoiono, il che succede quasi giornalmente, liberano un veleno, che colpisce anzitutto il sistema nervoso vegetativo. Quanto maggiore è il numero dei vermi che muoiono, tanto più notevole è la lesione del sistema nervoso vegetativo. Questo costituisce, quindi in certo modo, un segnale d'allarme che entra in funzione quando il veleno incomincia ad agire, sia esso dovuto all'uno od all'altro verme. Il che non toglie che per alcuni parassiti vi siano dei sintomi speciali, come l'anemia per l'*Anchilostoma*, i dolori muscolari e la febbre per la trichina, ecc.

L'EOSINOFILIA.

Ma i parassiti non determinano soltanto sintomi subbiettivi, bensì anche obbiettivi. Così, nei pazienti con tenie, si trovano spesso positivi i segni di Tschermak, di Ortner, di Aschner, di Erb.

Una speciale menzione va fatta dell'eosinofilia che, come è noto, fa parte del complesso sintomatico vagotonico. Essa è pure utilizzata come diagnostico per l'elmintiasi e può essere determinata con l'iniezione di estratti di vermi. Essa può così salire al 5, al 10 ed anche al 25 % e permane anche diversi mesi dopo la guarigione.

Nell'infestione da botriocefalo, si osserva spesso che i pazienti non diventano anemici e che l'unico segno è costituito dalla eosinofilia, la quale da molti autori è ritenuta il segno più sicuro dell'azione del verme.

Analogamente, in molte malattie cutanee, in cui si ammette come causa un disturbo del sistema nervoso vegetativo, si osserva eosinofilia, così nell'orticaria, nel pemfigo, nell'eczema, nella dermatite erpetiforme.

L'ALLERGIA.

Interessante è il rapporto dell'elmintiasi con l'allergia. In un caso di Gotz, gli oxiuri avevano determinato una rinite vasomotoria; all'esame si riscontrò che vi era eosinofilia e allergia all'estratto di oxiuri; in tale malato erano positivi i segni di Erb e di Aschner. L'elmintiasi aveva dunque determinato, da un lato i disturbi del sistema nervoso vegetativo (Aschner ed Erb), dall'altro la rinite vasomotoria, che appartiene al gruppo dell'asma, dell'orticaria, della colite mucomembranosa, ecc.

W. Jadassohn ha studiato le condizioni per cui si ha l'idiosincrasia per gli ascaridi. Punto di partenza per le sue ricerche furono i fatti che i prolungati rapporti con gli ascaridi determinano nell'individuo dei fenomeni idiosincrasici (del tipo dell'asma, della febbre da fieno), che tali individui hanno reazione locale all'iniezione di un antigene ascarideo e che le cavie, preparate con siero di individui sensibili hanno fenomeni di « shock ». Dalle ricerche, tale autore potè stabilire che la sostanza idiosincrasogena non è una proteina ed è dializzabile e che il numero degli individui adulti sensibile all'iniezione cutanea è molto alto (80 % circa). Molto spesso, si hanno stati asmatici o di orticaria, ma non mai eczemi.

L'uso di estratti di elminti per la prova del sistema nervoso vegetativo non è però consigliabile, poichè i portatori di vermi possono essere talora tanto sensibili, da risentire danno da tale prova.

Il sistema: entozoi, tossina, sistema nervoso vegetativo, organo interessato, può essere qualche complicato dalla partecipazione delle ghiandole endocrine. Così, in un caso di Ratner, in una donna di 34 anni si era manifestato un mixedema, migliorato in parte con la tiroidina, ma che recidivò e scomparve soltanto quando, dopo una cura antielmintica, si ebbe l'espulsione di una tenia. In altri casi dello stesso autore, l'ipertiroidismo, la sindrome genito-surrenale ed una distrofia adiposogenitale scomparvero dopo un trattamento antielmintico. Questi casi dimostrano che la tossina degli entozoi può agire sul sistema endocrino.

Tenuto conto della grande frequenza dei parassiti intestinali, che secondo l'A. sarebbe del 26,53 % a Berlino, del 30 % a Parigi, del 46 % a Göttingen, del 68 % a Greenwich, dell'89 % a Dublino e del 100 % nell'Italia meridionale (sic!) si dovrebbe quindi pensare più spesso di quanto si faccia agli elminti per l'eziologia di molti disturbi del sistema nervoso vegetativo. Spesso, con un'efficace cura antielmintica, si vedono scomparire senza più recidivare molti disturbi nervosi. In alcuni casi, alla cura antielmintica, si può associare la terapia proteinica, come in un caso dell'A., in cui si aveva una neurosi cardiaca e dei fenomeni di vertigini ed in cui, nonostante ripetute cure non si riusciva a fare scomparire gli oxiuri.

L'elmintiasi costituisce così l'unica forma di disturbi del sistema nervoso vegetativo in cui si può mettere in opera una cura veramente causale.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A system of bacteriology in relation to medicine. By various authors. Vol. III. In-8° di 413 pag., con fig., rilegato. H. M. Stationery Office, Westminster, London S. W., 1929. Prezzo sterline 1, s. 1, più 9 d. per spese postali.

Sotto gli auspicii del Medical Research Council, si viene ora pubblicando questo « Sistema di batteriologia nei rapporti con la medicina », con la collaborazione di un centinaio di batteriologi specialisti inglesi. La pubblicazione è diretta da due Consigli, l'uno medico, presieduto dal conte di Balfour, l'altro batteriologico presieduto da W. Bulloch.

Scopo della pubblicazione è quello di dare una visione generale sintetica, ma non enciclopedica, delle attuali conoscenze sui batteri e sugli spirocheti nei loro rapporti con la medicina, con qualche accenno anche alle altre applicazioni della batteriologia, che possono avere una certa connessione con la medicina. Ogni articolo rappresenta lo stato odierno della questione, quale risulta dalla letteratura e dall'esperienza del suo redattore, evitando di riportare delle notizie storiche sulle controversie del passato. Quindi un'intonazione perfetta-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

mente sintetica e pratica, sgombra da tutto quanto può appesantire l'esposizione e distogliere l'attenzione ai fini della pratica.

L'opera sarà completa in nove volumi, di cui il primo contiene le generalità e l'ultimo la tecnica. La pubblicazione degli altri volumi è promessa ad intervalli di pochi mesi.

In questo volume, che è il primo pubblicato, ma che è il terzo della serie, sono trattate le applicazioni economiche della batteriologia nell'industria, nella lavorazione del latte, delle sostanze alimentari, i batteri del suolo, dell'acqua, delle piante, degli insetti. Seguono poi il bacillo della peste, i germi della gangrena gassosa, il bacillo del tetano, quello botulino, le intossicazioni alimentari.

A parte che appare strana l'inclusione del bacillo della peste fra la batteriologia economica e gli anaerobi sporigeni, staccandolo dal gruppo Pasteurella, la trattazione di ogni argomento può ritenersi completa e tale da dare un'idea esatta di esso. La peste, p. es., comprende 87 pagine, con circa 200 citazioni bibliografiche; ad ogni questione, si può trovare qui la risposta, breve, sintetica, quale risulta dalle conoscenze odierne, e la si trova rapidamente, aiutati dalla razionale suddivisione della materia e dai titoli e sottotitoli che facilitano le ricerche e rendono più agevole la lettura. Analoghe osservazioni possono farsi per gli altri argomenti.

In complesso, quindi, un libro che risponde ottimamente ai fini della pratica e della cultura medico-batteriologica. *fil.*

BARONI BENIGNO. *Actinomicosi sperimentale.* Edit. L. Cappelli. Bologna, 1928.

L'A. dopo aver preso in esame l'argomento sotto il punto di vista talassonomico riferisce estesamente numerosi esperimenti compiuti in cavie, conigli, gatti e « mus demmanus », inoculando l'« Actinomyces arteroïdes di Epinger ».

L'A. con numerosissime microfotografie riporta le lesioni anatopatologiche ottenute nei vari organi negli animali da esperimento adoperati. Raramente rinvenne la formazione di masse pseudotumorali. Oltre a lesioni granulomatose in fasi varie, ottenne lesioni degenerative dei parenchimi. Perciò ritiene possibile di provocare una infezione sperimentale da «Actinomyces ».

La pregevole monografia in bella stampa è corredata di ricchissimi e completi dati bi-

G. ALESSANDRINI. *Parassitologia dell'uomo e degli animali domestici.* Un vol. in-8° di 574 pag. con 410 fig. Unione tipografico-editrice torinese. Torino, 1929. Prezzo L. 65.

La parassitologia ha assunto in questi ultimi decenni un'importanza che si dimostra sempre maggiore man mano si allargano le nostre cognizioni ed il nostro campo di osservazione, sicchè essa ha preso una tale estensione che deve essere considerata come una branca a sè nelle scienze mediche, con una propria individualità.

Ben giustamente, quindi, nel « Trattato italiano di Igiene » si è dedicato un volume a questa scienza, affidandone la trattazione al prof. G. Alessandrini, di cui sono noti gli studi e le ricerche originali in questo campo ed a cui è affidato l'insegnamento della Parassitologia nella Università di Roma.

Nella prima parte, l'A. espone i concetti generali sul parassitismo, studiando l'influenza della vita parassitaria, la difesa dei parassiti contro le cause di distruzione, il loro meccanismo di azione. Descrive poi ampiamente, nella parte seconda, la morfologia e la biologia dei singoli parassiti animali: i protozoi, i vermi, gli artropodi e, nella parte terza le malattie determinate nell'uomo e negli animali domestici dai parassiti animali, occupandosi, nella quarta, della tecnica parassitologica ed illustrando il tutto con belle figure dimostrative.

Caratteri essenziali del libro sono la precisione e la copia delle nozioni, insieme ad un giusto equilibrio, per cui, p. es., la trattazione delle malattie che fanno parte di altre branche della medicina (malaria, sifilide, ecc.) è contenuta nei limiti dell'economia generale del trattato, senza sconfinare in altri campi.

Medici, veterinari, naturalisti troveranno in questo libro sicure e precise risposte ad ogni questione di parassitologia.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma

Seduta ordinaria del 28 dicembre 1929.

Presiede il Prof. V. ASCOLI, presidente.

Alcune osservazioni sulla sezione protuberanziale del trigemino in casi di nevralgie.

Prof. A. CHIASSERINI. — L'O. dopo aver riferito sulla letteratura esistente in merito a questo argomento e sugli interventi minori, espone due operazioni personali di sezione della radice protuberanziale del trigemino, in casi di nevralgie assolutamente ribelli. Questo intervento, che l'O. ritiene il più idoneo per una cura radicale, ha dato buoni risultati. L'O. ha seguito fondamentalmente la tecnica di Adson, con anestesia locale novocainica. Si ebbe paralisi post-operatoria transitoria.

Il prof. BASTIANELLI R., dopo aver espresso all'Accademia il proponimento di riferire su oltre 20 casi di operazioni personali sul trigemino in una delle prossime sedute, ricorda come egli fin dal 1911 fece una comunicazione in proposito in questa stessa Accademia. In considerazione dell'inevitabile mortalità che fa seguito a queste gravi operazioni (lo stesso Adson ha il 15 %), alla possibilità di infezione, di paralisi post-operatorie e di lesioni oculari, egli stima che tali interventi siano da riservare solo a chirurgi specializzati, e che non debbano dimenticarsi gli interventi minori, fra i quali la resezione delle radici periferiche. Si intrattiene su dettagli operatori specialmente allo scopo di evitare le emorragie.

Il prof. CHIASSERINI risponde facendo rilevare che egli cominciò appunto il trattamento dei propri malati con interventi minori, e specialmente con le iniezioni di alcool, ma inutilmente. Ricorse perciò alle sezioni della radice protuberanziale che egli ritiene l'operazione più radicale e non eccezionalmente difficile, così da potere essere eseguita anche da chirurghi non specializzati nel sistema nervoso.

Intervento per cisti dell'ipofisi.

Prof. A. CHIASSERINI. — Comunicazione di un intervento personale in soggetto affetto da cisti dell'ipofisi. Un primo intervento, praticato con lembo fronto-temporale destro, fu interrotto da emorragia. Un secondo intervento, praticato mediante più ampio lembo a sinistra, permise di svuotare la cisti, ma non di asportarla a causa di emorragia. L'operazione fu sopportata bene, e si ebbe la scomparsa della cefalea nel malato. Seguì tuttavia emiparesi. L'O. si intrattiene su dettagli tecnici.

Il prof. BASTIANELLI osserva che queste operazioni sono veramente formidabili. Egli ricorda un suo intervento sull'ipofisi per tumore, nel quale avendo voluto essere troppo radicale, si determinò una grave emorragia letale.

La funzionalità epatica dopo narcosi etilenica.

Dott. C. FILIPPA. — Sperimentando su cani ed adoperando il Rosa Bengala, l'O. ha riscontrato che la narcosi etilenica prolungata lascia inalterata la funzionalità epatica mentre l'etere e sopratutto il cloroformio, determinano alterazioni. Anche la glicemia subisce il minimo di alterazione con la narcosi etilenica.

L'O. stima perciò la narcosi etilenica come vantaggiosa nelle lunghe operazioni, anche pel minimo di complicazioni respiratorie che determina, e si augura che le case italiane di prodotti chimici preparino questo prodotto.

L'eliminazione della fenolftaleina nel restringimento sperimentale dei vasi renali.

Dott. V. LOZZI. — Sperimentando su cani, le cui arterie renali venivano stenosate al 1/3, al 1/2 ed ai 2/3 del loro lume, mediante una sutura longitudinale, l'O. ha visto che la funzionalità epatica è tanto più compromessa quanto maggiore è la stenosi arteriosa; quando essa arriva ai 2/3 del lume, non si ha miglioramento nemmeno tardivamente. La stenosi contemporanea della vena renale aggrava queste condizioni.

Per lo studio della funzionalità l'O. ha adoperato la fenolftaleina ed ha fatto le proprie osservazioni comparativamente sulle urine dei due reni (l'uno a vasi stenosati, l'altro normale); a questo scopo egli ha determinato una fistola uretrale bilaterale fissando alla parete addominale il trigono vescicale.

Alcune osservazioni sulla malaria sperimentale.

Prof. M. GHIRON. — Riferisce su 50 casi di malarioterapia su paralitici internati nel Manicomio, per il che ringrazia il prof. GIANNELLI che gli ha messo a disposizione il materiale.

I malarici erano scelti nella Clinica Medica e portati al Manicomio ove si prelevava loro il sangue che veniva inoculato, per via sottocutanea, nella quantità di 2 cmc. ad ogni paralitico.

Osservò incubazione varia fra 4-6 a 12-15 giorni. Nel periodo d'incubazione mai furono osservati parassiti in circolo, talora i parassiti comparvero solo nel 2° o 3° giorno del primo periodo febbrile che è subcontinuo. Rileva la notevole efficacia della cura chininica, molto maggiore che non nelle infezioni determinate da punture di zanzare. Il sangue di un malarico chininizzato determinò egualmente la malaria sperimentale.

Infine l'O. riferisce che col sangue di un malarico ritenuto terzanario lieve, si riprodusse un caso di terzana maligna.

Il prof. ARCANGELI a proposito della curabilità della malaria sperimentale, comunica di avere osservato spesso delle guarigioni spontanee; quando occorre un trattamento medicamentoso egli preferisce la cura salvarsanica che è efficace e determina benefici effetti anche sull'azione sifilitica.

Il Segretario: V. PUNTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Ormone del circolo e secrezione interna.

Frey (*Münchner Medizinische Wochensch.*, 22 nov. 1929) porta con questo breve articolo un nuovo contributo alla sua teoria degli ormoni del circolo e le dà un indirizzo particolarmente interessante; secondo ricerche cliniche e sperimentali, infatti, egli crede di poter affermare che il famoso « ormone », circolante nel sangue e presente nelle orine, sia l'espressione della attività secretoria interna del pancreas: infatti esso scompare asportando il pancreas, si trova con abbondanza nelle cisti e nel parenchima dell'organo e — finalmente — torna ad aumentare quando si trattino animali spancreatizzati con l'insulina.

Anche la milza avrebbe una influenza, probabilmente indiretta, sull'ormone circolatorio, giacchè asportando quella, questo diminuisce nel sangue.

Per quanto riguarda poi la natura e l'origine della sostanza « inattivatrice » che normalmente si lega all'ormone in circolo, rendendolo inattivo, l'A. pensa che essa possa derivare dalle glandole linfatiche.

In complesso le nuove vedute di Frey, che egli afferma abbiano già avuto brillanti conferme nel campo clinico, sopratutto degli angiospasmi, si riavvicinano a quanto già si sapeva sull'ifnfluenza che l'insulina esercita sul circolo, e sull'azione angiodilatatrice riconosciuta recentemente dal Vaquez e dai suoi collaboratori agli estratti pancreatici.

V. Serra.

Sull'automatismo atrioventricolare.

Si parla di automatismo atrioventricolare, come è noto, quando gli stimoli non partono più dal nodo del seno, ma da quello atrioventricolare. Conosciuto dal 1909, questo disturbo del ritmo è stato molto studiato e la sua patogenesi è stata variamente interpretata: secondo Hering lo stimolo si trasporta dall'uno all'altro nodo; secondo Rothberger e Winterberg l'attività del nodo atrioventricolare viene a prevalere su quella del nodo sinusale.

Gli americani distinguono il caso in cui il nodo del seno è leso e il polso è lento, il ritmo è ritardato, e il caso in cui il nodo atrioventricolare è eccitato e il ritmo è assai frequente.

Fogelson e Schwlagina (*Zeitschr. f. Kreislauff*, 1 maggio 1929) riferiscono 2 casi di automatismo atrioventricolare, di cui sono riprodotti i tracciati elettrocardiografici.

Nel 1° caso si ha una P. negativa, prima del complesso ventricolare, che parla per una origine dell'impulso dalla parte superiore del nodo atrioventricolare: il ritmo è normale (86).

Nel 2° caso la P. si trova tra il complesso ventricolare e l'onda T: il ritmo è 40. La attività automatica del nodo decresce passando dalla porzione atriale alla ventricolare del nodo: è dunque la localizzazione del punto di partenza dell'impulso, e non il grado dell'eccitazione del nodo che determina il numero delle contrazioni del cuore.

V. Serra.

CASISTICA.

La gravidanza extrauterina.

Sachs ha richiamato recentemente l'attenzione sul maggior numero di errori diagnostici che verrebbero commessi a proposito della gravidanza extrauterina, mettendoli in rapporto con un probabile aumento numerico dei casi di tale infermità.

Il problema che si pongono L. Stern e W. Niederland (*Die Med. Welt.*, n. 35, 1929) è quello di ricercare le cause di tale aumento.

La loro convinzione è che la gravidanza extrauterina abbia realmente, come si è sempre sostenuto, una genesi infiammatoria; ma l'infezione gonococcica non avrebbe invece tutta l'importanza che, fino ad oggi, le si è voluto attribuire. Molto maggiore importanza avrebbero tutte le manipolazioni e i piccoli interventi portati oggi con grande frequenza sull'utero, in forma di: raschiamenti, iniezioni endouterine, ecc.

Gli AA. suffragano tale veduta con l'esame di 4 casi, nei quali la gonorrea fu esclusa del tutto, mentre per l'appunto erano state fatte in precedenza delle pratiche terapeutiche del genere, ed invitano gli studiosi ad occuparsi in tal senso dell'argomento. M. Faberi.

Pseudo-tumori del cul di sacco laterale dopo ablazioni degli annessi.

Accade non raramente che una donna, che aveva subìto la castrazione completa per annessite o per altra causa, ritorna poche settimane o qualche mese dopo dal chirurgo accusando dei dolori vaghi e si riscontra in essa, all'esame, in un cul di sacco, una massa ben delimitata, più o meno voluminosa, renitente e poco o punto mobile. Si pensa dapprima ad un possibile errore di persona, a qualche corpo estraneo (compresse) abbandonato durante l'operazione, dubbi che svaniscono ben tosto.

J. Fiolle, Hayem e Bourde (*Bull. et mém. Soc. nat. de chirurgie*, 6 luglio 1929) hanno pubblicato in proposito diverse osservazioni fatte con controllo operatorio e possono spiegare l'esistenza di tali tumori nelle isterectomizzate, nel modo seguente:

1) edema del tessuto cellulare con organizzazione fibrosa ulteriore. Nei tessuti scollati, si stabilisce un'infiltrazione sanguigna o

sierosa e si sviluppa in seguito un'organizzazione fibrosa. Si tratta di forme che hanno una tendenza naturale alla guarigione;

2) formazioni cistiche o pseudocistiche. Sono le più frequenti. L'origine delle cisti è varia: spazi morti nelle zone cellulose, detriti di organi rivestiti di epitelio, residui Wolffiani, ecc. Basta talora un piccolo frammento di ovaio per dare origine ad una cisti abbastanza voluminosa (quanto un uovo). Tali cisti residue erano più frequenti quando, nelle isterectomie, si lasciava in posto parte degli annessi (o tutti). Il meglio, per evitarle, si è di fare un'asportazione esattamente completa;

3) coincidenza o manifestazione successiva di parecchie lesioni;

4) corpo estraneo incistato; può bastare anche un semplice filo non riassorbito.

Il riposo, le iniezioni calde, le acque termominerali sono indicate per le forme leggere, quali le pseudo-cisti e meglio ancora negli attacchi edematosi del tessuto cellulare del legamento largo.

I raggi infrarossi hanno dato buoni risultati per calmare i dolori.

Il trattamento operatorio va riservato ai casi in cui i tumori, bene circoscritti, abbastanza voluminosi, provocano dolori vivi, ribelli ad ogni terapia medica. L'intervento consiste nell'ablazione più completa possibile della pseudo-cisti.

fil.

Le metrorragie della pubertà.

Questi disturbi del ritmo mestruale costituiscono, secondo E. Maurizio (*Rivista di Ginecologia*, fasc. 1, 1929), una vera entità clinica: possono essere costanti o passeggere. Si trovano circa nell'1 % dei casi. La patogenesi è oscura, ma da riportarsi, secondo l'A., a una disarmonia emopoietico-endocrina puberale, talora ereditaria, talora acquisita.

I genitali e tutti gli altri organi non presentano lesioni capaci di spiegare questi disturbi.

Tra i metodi terapeutici consigliati, vanno ricordate l'opoterapia, l'irradiazione mista delle ovaie e della milza e, in casi gravi e urgenti, il raschiamento: talora giovano le piccole trasfusioni di sangue.

V. SERRA.

Sterilità ed infertilità.

Secondo C. Rubin (*The New Engl. Journ. of Med.*, nov. 1928) la causa della sterilità nell'uomo è dovuta quasi sempre all'infezione gonococcica, più raramente ad un'ipospadia o ad una impotenza psichica.

Nella donna invece più spesso sono in causa fattori meccanici come stenosi vaginale, deviazione della cervice dell'utero, tumori, ovidotti obliterati, infantilismo.

La cura della sterilità nella donna consiste nello ristabilimento delle relazioni anatomiche con interventi operativi e mezzi meccanici combattendo le secrezioni nocive (cervicale e vaginale), stimolando la funzione ovarica, praticando l'insufflazione delle tube.

Buoni risultati sono stati ottenuti specialmente in donne obese con scarsi caratteri sessuali secondari, curando i disturbi della funzione ovarica con piccole dosi frazionate di raggi X.

L'insufflazione delle tube con CO_2 ha molti vantaggi sull'iniezione di lipiodol. Di 2000 casi, trattati in questa maniera, in 152 donne si ebbe il concepimento dopo 6 mesi di cura.

MOOR.

TERAPIA.

Il trattamento dell'iperchloridria.

Loeper (*Journ. de méd. de Paris*, 31 ottobre 1929) osserva che, in ragione degli inconvenienti che presenta il bicarbonato di sodio, si sono venuti sostituendo a esso altri medicamenti, quali la creta preparata (o carbonato di calcio) e la magnesia. La prima provoca una buona saturazione del succo gastrico, sviluppando acido carbonico. La magnesia si usa in forma di ossido, di idrato e di carbonato.

A dose debole tutti questi sali sono degli antiacidi e sono inoltre dei leggeri lassativi ed il loro uso è quindi tanto più indicato negli ipercloridrici che sono sempre dei costipati.

Fra gli alcalinizzanti, sono ancora da citarsi il fosfato di calce, il fosfato ammonio-magnesiaco ed il sapone amigdalino, miscela di stearato, di palmitato e di oleato sodico.

Equivalenza. Per saturare una stessa quantità di acido, si deve usare, rispettivamente: g. 0,50 di bicarbonato di sodio; g. 0,30 di creta preparata; g. 0,30 di carbonato di magnesio; g. 0,15 di magnesia calcinata. La quantità di acido cloridrico saturata da 1 g. delle rispettive sostanze è di g. 0,43 per il bicarbonato di sodio, di 0,72 per la creta preparata, g. 0,80 per il carbonato di magnesia e g. 1,60 per la magnesia calcinata.

Il bicarbonato di sodio è, quindi, il meno saturante, eppure è il più usato, specialmente per le proprietà sedative dell'acido carbonico che esso sviluppa. Viene spesso associato agli altri alcalini. Bicarbonato di sodio g. 20; Idrato di magnesio, Creta preparata, Fosfato di calce, ana g. 10. Da prendersi a cucchiaini di caffè, sospesi in un po' di acqua.

Oppure: Bicarbonato di sodio g. 1; Creta preparata cg. 25. M. fa cart.; di tali, 4-6 al giorno.

Oppure: Bicarbonato di sodio cg. 75; Creta preparata, Magnesia calcinata, ana cg. 25; Polv. di foglie di belladonna cg. 1/2. Per una cart.; 3-4 al giorno.

Per diminuire la secrezione, agendo sul sistema parasimpatico, sono utili: l'estratto di belladonna in pozione od in pillole, alla dose di 1-5 cg. al giorno; il solfato di atropina in soluzione od in granuli alla dose di 1/4 a

1 mg. Per quest'ultimo, è assai importante la via di somministrazione; per ingestione, si ha un abbassamento poco durevole della acidità gastrica, per iniezione, l'azione è più tardiva ma spesso più marcata e più durevole.

fil.

Il trattamento delle diarree croniche.

E. Libert (*Journ. de méd. et de chirur. prat. e Revue médicale*, 19 sett. 1929) rileva che la terapia sarà diversa a seconda che si tratti di lesione parietale, di una diarrea tossica, infettiva o parassitaria, di una diarrea da fermentazione o di una diarrea da putrefazione. Così pure, secondo i casi, sarà diverso il regime alimentare.

Nella terapia medicamentosa, si potranno utilizzare ancora con profitto gli astringenti ed i diversi preparati con oppio, tannino o bismuto, ma si dovrà soprattutto aver riguardo all'eziologia.

Più varia ancora sarà la terapia nei casi in cui la diarrea ha origine extra-intestinale, quindi secondo i casi: la psicoterapia (psiconevrosi), le medicazioni antisifilitiche (tabe), la digitale (iposistolia), gli ipotensori (aortite addominale), la radioterapia della tiroide (diarrea dei basedowiani). La somministrazione di succo gastrico, o di limonea cloridrica, di polveri alcaline, di pancreatina, di estratto epatobiliare potranno trionfare in casi in cui i rimedi antidiarroici od il regime severo hanno fallito. Nè, infine bisogna trascurare, secondo i casi il trattamento idrominerale.

In complesso, quindi, l'essenziale si è di ricercare la causa che ha provocato la diarrea se si vuole istituire una terapia efficace.

fil.

Il trattamento dell'ascaridiosi.

Secondo Chavaillon (*Arch. méd.-chir. de province*, aprile 1929) due medicamenti debbono essere usati contro l'ascaridiosi, cioè il semen contra (ed il suo principio attivo, la santonina) e l'essenza di chenopodio.

La santonina si usa a dose di 1-5 cg. nei bambini (1 cg. per anno di età) e, negli adulti, a 5-20 cg. Molto solubile nello stomaco ed assorbita rapidamente da esso, la si incorpora nell'olio (di olivo o di ricino) in ragione di 1-10 cg. della prima per 30-60 grammi del secondo.

La si può anche unire al calomelano: Santonina cg. 5-10; Calomelano cg. 15.

Nei bambini, per la possibilità di disturbi della vista, di vomiti o di convulsioni, è preferibile prescrivere il semen contra, che contiene il 2 % di santonina e l'8 % di un olio essenziale, anch'esso antielmintico. Si prescrive: polv. di semen contra g. 1; calomelano cg. 10. Far prendere per tre giorni consecutivi al mattino a digiuno in un po' di miele o di conserva di frutta.

Molto attivo ed economico è l'olio di chenopodio, che l'A. dice ben tollerato dai malati. Al mattino, a digiuno, si fanno prendere tre dosi, separate da intervalli di 1-2 ore, dando, due ore dopo l'ultima dose, un purgante salino. Per ogni dose si daranno le seguenti quantità:

Adulti, gocce 15; bambini da 1-2 anni 2; id. 3-5 anni 3-5; id. 6-10 anni 6-8; id. 11-16 anni 8-12.

Diminuire le dosi se si tratta di persone deboli o di donne incinte.

Il rimedio si dà in capsule o su dello zucchero. (Bisogna andare assai cauti con esso per i disturbi che può provocare. *N. del Red*).

Il timolo può essere efficacemente usato, dopo la dieta lattea di 24 ore e la somministrazione di un purgante salino. Si danno, di ora in ora, delle polveri e capsule di g. 0.50-1, senza oltrepassare i 10 grammi nell'adulto ed i 2 nel bambino. Cinque ore dopo l'ultima, un purgante salino. Si devono proscrivere l'alcool, l'etere, la glicerina, che potrebbero esser causa di intossicazioni mortali. Il timolo è controindicato nei cardiaci, nei brightici e negli individui con gastrite o con dissenteria.

fil.

Trattamento dell'appendicite acuta.

Osserva P. Bégouin (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1929, n. 7) che l'appendicite acuta, nel suo primo stadio, è soltanto un'endoappendicite che si accompagna ben presto in un secondo periodo, a peritonite localizzata o generalizzata secondo la propagazione dell'infezione e che mette capo al così detto « piastrone », oppure all'ascesso endoperitoneale. Nella metà circa dei casi, la crisi finisce per risoluzione e lascia dietro a sè l'appendicite cronica. Ma è soprattutto degli altri casi che ci si deve preoccupare, perchè hanno un'evoluzione grave. Il trattamento medico classico deve quindi cedere il passo a quello chirurgico, che è diventato il metodo di scelta da quando la tecnica è migliorata e l'esperienza del chirurgo si è fatta maggiore.

È però essenziale che il trattamento chirurgico sia precoce quanto più è possibile. Le cifre di mortalità operatoria, di fatto, sono di 0,17 % per la fase di endoappendicite e fino al 14 % per quella di peritonite.

Le appendiciti vedute al 3°-4° giorno, già nella fase di « piastrone » possono essere considerate con maggiore ottimismo ed operate in seguito.

In tutti i casi, anche per quelli di diagnosi banale, l'A. consiglia di mettere il paziente sotto l'osservazione di un chirurgo; al medico spetta il compito importante di fare la diagnosi quanto più precoce possibile.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Dermatitis exfoliativa. — Al dott. X. Y., da F. M.:

La dermatite esfogliativa dei neonati o malattia di Ritter von Rittersheim viene ora dai più considerata come una varietà di pemfigo fogliaceo. Altri ne fanno una setticemia da piogeni, od una forma aggravata del così detto pemfigo epidemico dei neonati (varietà d'impetigo bollosa). Essa non è molto frequente e la prognosi ne è grave (mortalità almeno nel 50 % dei casi).

La cura, puramente sintomatica, oltre tutti i mezzi atti a sostenere le forze ed a rialzare lo stato generale, dev'essere diretta ad allontanare tutte quelle condizioni che possano favorire il distacco dell'epidermide (attrito, umidità, ecc.) ed a proteggere la cute ammalata con polveri astringenti, fra cui il tannoformio (Neisser). Si consigliano pure i bagni con decotto di foglie di quercia (un chilogramma per bagno: Baginsky) e successive applicazioni di polveri inerti (talco e ossido di zinco a parti eguali).

V. MONTESANO.

VARIA.

Alcune verità per quelli che fanno le leggi e per quelli che le applicano.

Il dott. M. Mirman di Bruxelles espone in *Concours Médical* alcuni princìpi ai quali dovrebbero inspirarsi i legislatori e gli amministratori nel preparare ed applicare le leggi sociali nei rapporti delle prestazioni mediche.

1) La classe medica non si oppone ad alcuna legge sociale: nella loro grande maggioranza i medici approvano l'ispirazione generosa di queste leggi. Alle spese che esse importano, partecipano volentieri come contribuenti. Ma unanimemente si rifiutano di sopportarne le spese in quanto medici. Essi, come tutti gli altri cittadini, vogliono essere liberi di fare la carità quando lo ritengono necessario.

2) Perchè un prodotto sia utile o necessario alla collettività non è opportuno che il produttore sia tenuto a fornirlo a prezzo vile. Gli operai, gli imprenditori, gli ingegneri che partecipano alla costruzione di ospedali e scuole, edifici tanto necessari alla collettività, sono ricompensati a prezzi normali. Gli industriali e gli operai che in tempo di guerra costruivano areoplani, cannoni e munizioni, indispensabili alla salvezza della patria, non erano costretti a dare l'opera loro a prezzo ridotto.

3) Il fatto che in alcuni ospedali i medici prestano l'opera loro gratuitamente o quasi, non autorizza a trarre conseguenze analoghe per altre prestazioni mediche.

4) In riguardo alle leggi sociali i medici non possono, nè vogliono essere « dipendenti » dell'Amministrazione. Perchè queste leggi producano effetti utili occorre che l'Amministrazione consideri i medici come collaboratori indipendenti di cui ha bisogno.

5) Il mezzo migliore per rendere possibile tale collaborazione consiste nel sancirla nelle leggi, e quindi nel preparare le leggi stesse in stretta collaborazione con la classe medica.

6) Questo accordo preventivo deve essere realizzato con i rappresentanti qualificati della classe medica.

7) I medici deputati o senatori possono avere una funzione utile, tuttavia non rappresentano la classe medica. Non sono stati eletti per questo scopo. La loro professione non li immunizza contro la psicosi politica che deforma tutto, e subiscono (come tutti gli eletti il cui mandato è divenuto una funzione permanente) l'ossessione elettorale.

8) L'Accademia di Medicina non rappresenta la classe medica. L'illustre consesso costituisce la migliore competenza in materia scientifica, ma non in riguardo agli interessi corporativi.

9) Solo i Sindacati medici sono i rappresentanti qualificati della classe, ai quali spetta di collaborare con il Parlamento per la preparazione delle leggi sociali, il cui buon funzionamento esige il concorso dei medici. È con essi che le Amministrazioni centrali e dipartimentali devono in seguito preparare i regolamenti.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

Norme per gli Ordini dei sanitari.

Con R. D. L. 14 novembre 1929 n. 2077, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 2 dicembre n. 280, sono state emanate le seguenti disposizioni per gli Ordini dei sanitari.

1) I Consigli amministrativi degli Ordini dei sanitari sono nominati con decreto del Ministro per l'interno, e composti di cinque membri se gli inscritti nell'albo non superano i trenta, e di sette se superano tale numero.

Due dei componenti il Consiglio, se questo è di cinque membri, e tre, se di sette, sono scelti tra coloro che, in numero doppio, sono all'uopo designati dal Sindacato Provinciale della rispettiva professione legalmente riconosciuto, o, in mancanza, dall'Associazione sindacale nazionale.

Qualora la designazione non avvenga entro il termine fissato dal Ministro per l'interno, tutti i membri del Consiglio sono nominati senz'altra formalità dal Ministro stesso.

2) I componenti il Consiglio amministrativo debbono essere inscritti nell'albo professionale del rispettivo Ordine da almeno cinque anni.

Il Consiglio elegge nel proprio seno il presidente e un segretario.

Il Consiglio dura in carica quattro anni, dalla data del decreto di nomina. Allo scadere del quadriennio, cessano dalla carica anche i componenti nominati da minor tempo in sostituzione di altri.

I componenti possono essere sempre riconfermati.

3) Lo scioglimento del Consiglio, nei casi previsti dall'art. 9 del testo unico approvato con R. D. 26 aprile 1928 n. 1313, è disposto con decreto del Ministro per l'interno. Con lo stesso decreto si provvede alla nomina del Commissario straordinario per l'Ordine.

La nomina del nuovo Consiglio amministrativo deve aver luogo entro sei mesi dalla data del decreto di scioglimento.

Ove, per gravi motivi, non sia possibile provvedere, entro tale termine, alla nomina del nuovo Consiglio, i poteri del Commissario straordinario possono essere, con decreto del Ministro per l'interno, prorogati fino ad un anno.

4) Con decreto del Ministro per l'interno può essere revocata la nomina dei singoli componenti il Consiglio amministrativo quando ciò sia necessario per il regolare funzionamento, per il decoro e per la dignità dell'Ordine.

Sarà sentito preventivamente, nell'emanazione del decreto, il Ministro per le corporazioni, quando i componenti da revocare siano stati nominati su designazione sindacale.

Alla sostituzione dei membri defunti, dimissionari, o revocati, si procede, nel corso del quadriennio, con decreto del Ministro per l'interno, su designazione della Associazione sindacale, quando i membri da sostituire siano stati nominati su eguale designazione.

5) Gli attuali Consigli amministrativi degli Ordini delle professioni sanitarie resteranno in carica fino alla nomina dei nuovi Consigli, che dovrà essere fatta entro tre mesi, dalla pubblicazione del presente decreto.

6) Sono abrogate tutte le disposizioni contrarie al presente decreto.

Con R. decreto, su proposta del Ministro per l'interno, d'intesa con i Ministri per la giustizia e per le corporazioni, sarà provveduto alla coordinazione ed integrazione delle norme contenute nel presente decreto con quelle già in vigore sugli Ordini delle professioni sanitarie e alla pubblicazione del relativo testo unico.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

V. - Giuramento con riserva: effetti.

Un medico condotto prestò giuramento di fedeltà secondo la formula dell'art. 6 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2960, applicabile agli impiegati degli enti locali in forza del penultimo comma dell'art. 3, R. D. L. 23 ott. 1925, n. 2113. Successivamente, interpellato dall'autorità politica se egli si impegnasse a non rientrare nella massoneria, rispose di non poter assumere alcun vincolo per l'avvenire; ma dichiarò che, qualora dovesse tornare ad appartenere all'associazione stessa o ad altre consimili, non avrebbe mancato di riferirlo all'autorità superiore. Il Prefetto, in seguito a questa dichiarazione, lo destituì. Egli ricorse al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, per eccesso di potere; ma la V Sezione, con decisione 26 luglio 1929, n. 447, ha ritenuto che il provvedimento di decadenza trovi il suo fondamento nell'art. 6 comma 1 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2960, quantunque nel decreto stesso non si parli in termini testuali di decadenza. Ha soggiunto la decisione che la dichiarazione di decadenza non costituisce punizione disciplinare e quindi non è necessario il parere del Consiglio di disciplina.

Riassumiamo le disposizioni che sono state applicate: l'impiegato che abbia ottenuto la nomina stabile a posto di ruolo, sia questa preceduta o non da un periodo di prova, all'atto di assumere servizio deve, *sotto pena di decadenza*, prestare giuramento avanti al suo capo d'ufficio o al funzionario a ciò delegato, in presenza di due testimoni. La formula del giuramento è la seguente: « Giuro

che sarò fedele al Re ed ai suoi reali successori; che osserverò lealmente lo statuto e le altre leggi dello Stato; che adempirò a tutti gli obblighi del mio ufficio con diligenza e con zelo per il pubblico bene e nell'interesse dell'amministrazione, serbando scrupolosamente il segreto di ufficio e conformando la mia condotta anche privata alla dignità dell'impiego. Giuro che non appartengo nè apparterrò ad associazioni o partiti la cui attività non si concili con i doveri del mio ufficio. Giuro di adempiere a tutti i miei doveri al solo scopo del bene inseparabile del Re e della Patria » (art. 6 R. D. 30 dicembre 1923, n. 2960, per gli impiegati dello Stato).

Del prestato giuramento viene redatto apposito verbale; l'originale è conservato negli atti personali dell'impiegato al quale ne viene consegnata copia.

L'art. 3 penultimo comma del R. D. 23 ottobre 1925, n. 2113, dispone così: « ai segretari e agli impiegati delle Provincie e dei Comuni è esteso il disposto degli art. 5 e 6 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2960 circa l'obbligo del giuramento, che sarà prestato rispettivamente dinanzi al Presidente della deputazione provinciale e al Sindaco ».

Come si è detto, il Consiglio di Stato ha ritenuto che la dichiarazione di decadenza abbia fondamento nel comma 1° dell'art. 6 sopra riportato, concernente l'obbligo del giuramento, secondo la formula prestabilita, sotto pena di decadenza.

Nel caso concreto, il medico condotto aveva giurato; ma, interpellato poi, a scopo di chiarimento del giuramento prestato, se poteva impegnarsi a non rientrare nella massoneria, egli non volle assumere un impegno siffatto e soltanto assicurò che, qualora in avvenire si fosse trovato in condizioni di incompatibilità per appartenenza alla massoneria o ad associazioni consimili, avrebbe riferito la nuova situazione all'autorità competente.

VI. - Esercizio di ambulatorio dentistico senza autorizzazione prefettizia; norme circa gli ambulatori, in genere.

Costituisce contravvenzione punibile a norma dell'art. 65 del T. U. delle leggi sanitarie, 1° agosto 1907, n. 636, l'esercizio di un ambulatorio dentistico senza autorizzazione prefettizia, a norma dell'art. 13 della legge 23 giugno 1927, n. 1070. Così decidendo, la Corte di Cassazione, con sentenza 8 luglio 1929, ric. De Stasi ha respinto la tesi dell'imputato, il quale sosteneva che, essendo munito di regolare titolo di abilitazione, poteva esercitare un ambulatorio dentistico senza autorizzazione del Prefetto. Correttamente ha osservato il Supremo Collegio che non basta per l'esercizio di un ambulatorio il titolo di abilitazione professionale: questa condizione è necessaria ma non è sufficiente.

L'art. 65 del T. U. delle leggi sanitarie, modificato dall'art. 13 del R. D. 23 giugno 1927, n. 1070, dispone così:

« Salvo quanto è disposto nel titolo III, capo II, del T. U. delle leggi di pubblica sicurezza, approvato con R. D. 6 novembre 1906 n. 1848-2132, non si possono aprire o mantenere in esercizio ambulatori o case o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, ovvero case o pensioni per gestanti, senza speciale autorizzazione del Prefetto, secondo le norme indicate nel regolamento. Contro il provvedimento del Prefetto è ammesso il ricorso entro 15 giorni al Ministro per l'interno.

« I contravventori alla presente disposizione ed alle prescrizioni che il Prefetto, sentito il medico provinciale, ritenga di imporre nell'atto dell'autorizzazione, sono puniti con l'arresto fino a due mesi o con l'ammenda da lire 5000 a lire 10.000.

« Indipendentemente dall'azione penale, il Prefetto ordina la chiusura degli ambulatori o case o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica ovvero delle case o pensioni per gestanti aperti o esercitati senza l'autorizzazione di cui al presente articolo. Il Prefetto può, altresì, ordinare la chiusura di quelli di detti istituti nei quali fossero constatate violazioni delle prescrizioni contenute nell'atto di autorizzazione od altre irregolarità. In tal caso, la durata della chiusura non può essere superiore a tre mesi.

« Nessuno può aprire o mantenere in esercizio stabilimenti balneari se non con l'autorizzazione del Prefetto, sentito il medico provinciale. Contro la decisione del Prefetto è ammesso il ricorso entro giorni 15 al Ministro per l'interno. I contravventori alla presente disposizione ed alle relative prescrizioni dell'autorità sanitaria sono puniti con pena pecuniaria estensibile fino a L. 2000 ».

Il procedimento per l'autorizzazione è ancora regolato dalle norme contenute negli art. 83 a 87 del regolamento sanitario 1901. Chi intende aprire o esercitare un istituto di cura o un ambulatorio, ecc., dovrà farne domanda al Prefetto, il quale, secondo i casi, farà eseguire, a spese dell'interessato, una visita di ispezione e farà poi notificare per mezzo del Podestà il suo provvedimento, contro il quale è ammesso reclamo al Ministro per l'interno. La scelta della ubicazione ed i progetti di nuovi istituti di cura, ecc., nonchè l'avviamento di quelli esistenti, dovranno essere approvati dal Prefetto, per quanto si riferisce all'igiene. Alle stesse regole sono soggetti gli ambulatori annessi alle farmacie. Gli stabilimenti idroterapici, le stazioni climatiche, alpine o marittime devono assicurare l'assistenza medica. Tutti gli stabilimenti sanitari pubblici o privati, qualunque ne sia la specie, devono avere un regolamento proprio sul servizio igienico e sanitario: anche tale regolamento è soggetto ad approvazione prefettizia.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Il traffico dell'oppio e degli stupefacenti alla Società delle Nazioni.

Nella seduta pubblica del 15 gennaio il Consiglio della S. d. N. ha trattato alcune questioni concernenti il traffico dell'oppio. Sono state fatte presenti al Consiglio alcune difficoltà di ordine giuridico che parrebbero opporsi all'applicazione di una decisione della Commissione consultiva del traffico dell'oppio e delle droghe stupefacenti, la quale chiede che i Governi dei paesi dove si operano sequestri di dogana possano ottenere il *fac-simile* dei telegrammi spediti in occasione di una operazione di contrabbando, ciò che farebbe urtare contro le misure protettive del segreto telegrafico stipulate nella convenzione telegrafica di Pietroburgo.

Il segretario è di opinione che la decisione della Commissione consultiva sia applicabile da parte dei Governi; ma, trattandosi di un punto di interpretazione giuridica di una convenzione internazionale, il Consiglio, relatore il delegato jugoslavo, ha devoluto al Comitato giuridico dell'organizzazione delle comunicazioni e del transito lo studio delle stipulazioni della convenzione di Pietroburgo.

Il delegato britannico, Dalton, ha però affermato che il suo Governo si considera in diritto di applicare le decisioni della Commissione del traffico dell'oppio e ha espresso la speranza che gli studi che saranno fatti possano dissipare le attuali apprensioni di altri Governi.

Sempre in materia di traffico dell'oppio, il Consiglio ha stabilito di inviare le sue decisioni sull'ammissione dei delegati dei Governi belga, spagnolo e polacco in seno alla commissione dell'oppio, fino a quando gli sia pervenuto in merito un rapporto della commissione medesima.

S. E. Grandi ha colto l'occasione per riaffermare il punto di vista dell'Italia che è favorevole all'aumento del numero dei membri della commissione consultiva dell'oppio, come un mezzo capace di assicurare in seno ad essa una più forte ed efficiente rappresentanza dei paesi che non fabbricano le droghe nocive. Anche il delegato canadese si è espresso in senso analogo.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Due medici assistenti; L. 4500 oltre supplemento lire 1020 e partecipaz. proventi; età lim. 30 a.; scad. ore 17 del 15 feb. Conferme fino a 40 a. Sarà tenuta in consideraz. la conoscenza della lingua inglese o tedesca.

GALLIATE (*Novara*). — 2ª condotta. Stipendio L. 7000, con 10 aumenti biennali di 1/20; per 400 poveri; L. 1000 in più ogni 500 poveri in più dei 400 o frazione di 500; indennità bicicletta L. 500. Servizio ospedaliero locale. Poveri attualmente inscritti 1500. Scadenza 7 febbraio.

GENOVA. *Municipio.* — Tre posti di medico igienista di 2ª classe presso il Reparto di Sanità ed Igiene; titoli ed esami; scad. ore 17 del 31 gen. Età lim. 35 a.; docum. a 3 mesi dal 26 nov. Stip. L. 14.000 e 10 bienni di L. 450, oltre c.-v. Chiedere avviso all'Ufficio del Personale.

GERA LARIO (*Como*). — Consorzio 4 Comuni; scad. ore 18 del 10 feb.; tassa L. 50; stip. L. 9000 per 400 pov., addizionale pei pov. in più, L. 900 uff. san., L. 500 ambulat., L. 3500 se automob. o cavalc.; 4 quinquenni dec.

ORTE (*Viterbo*). — Prima condotta. Stipendio annuo iniziale, soggetto alle ritenute di legge, L. 9500 compresi i primi 1000 poveri, oltre addizionale di L. 4 per ogni povero in più dei 1000, nel caso che i residenti poveri nella condotta eccedino tale limite. Caro-viveri se ammogliato. Lo stipendio è aument. di un decimo per ogni quadriennio e per 5 quadr. Domanda, documenti di rito e quietanza tassa di L. 50, debbono pervenire alla Segreteria Comunale entro il 10 febbraio. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla predetta Segreteria.

ROMA. *Governatorato.* — Otto posti di medico condotto di II Classe; scad. ore 12,30 del 28 feb.; domande al Protocollo della Ripartizione I; età lim. 35 a.; stip. L. 11.600 aumentabili, nonchè L. 2800 serv. att., eventualm. c.-v.; serv. entro 15 giorni. Tassa L. 50. Se addetti alle Stazioni Sanitarie dell'Agro Romano: alloggio, indenn. mezzi di trasp. in L. 5000 e indenn. disag. resid. in L. 3000. Chiedere annunzio e programma d'esame all'Ufficio d'Igiene (via Merulana, 123).

URURI (*Campobasso*). — Scad. 2 feb.; L. 5700 e 3 quinquenni dec.; età lim. 39 a.; tassa lire 50,10.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino:

Inaugurazione d'un perenne ricordo ad Angelo Mosso.

Il giorno 16 dicembre 1929 nell'Istituto di Fisiologia della R. Università di Torino fu inaugurato il perenne ricordo che colleghi e discepoli, ammiratori ed amici vollero eretto all'immortale memoria di Angelo Mosso.

Il ricordo, opera insigne di Leonardo Bistolfi, è un busto in bronzo che felicemente ritrae l'effigie forte e buona dell'eminente fisiologo e Maestro.

L'inaugurazione avvenne alla presenza delle autorità civili e militari, della famiglia del Maestro, del corpo accademico, di quasi tutti i professori di fisiologia delle Università italiane e di un grande numero di medici del Piemonte. Particolarmente notata fu la presenza dei più che ottantenni professori Perroncito e Luigi Pagliani, entrambi colleghi del Mosso, ed il Pagliani suo compagno di studi ed amico affezionatissimo di tutta la vita.

Dopo annunziate dal prof. Margaria le innumerevoli adesioni di sodalizi scientifici d'ogni parte d'Italia e dell'Estero, nonchè quelle dei colleghi impediti ad intervenire, prese a parlare il Rettor Magnifico prof. Pivano il quale portò il

saluto di S. E. il Ministro dell'educazione nazionale, del Senato Accademico e dell'Università e con sintesi felice illustrò la figura di scienziato, di Maestro, di cittadino del senatore Mosso, rilevandone altresì le benemerenze come Rettore della R. Università.

In appresso parlò il prof. Magiora-Vergano, preside della Facoltà di medicina e chirurgia, il quale dopo recato il reverente saluto della Facoltà, disse delle benemerenze che il grande fisiologo si acquistò nel campo dell'igiene e sopratutto dell'educazione fisica.

Per ultimo parlò il prof. Amedeo Herlitzka, allievo e successore di Angelo Mosso nella cattedra di Torino, il quale illustrò l'opera scientifica e la vita dell'eminente Maestro.

Scoperto il perenne ricordo al prof. Mosso, si procedette all'inaugurazione di una lapide alla dottoressa Mariannina Levi, prima valorosa allieva, indi assistente dell'Istituto, perita a soli 24 anni in una escursione invernale su le Alpi Cozie. M.

Da Padova:

Cose dell'Università.

A cura del dott. Violani, direttore di segreteria, venne pubblicata la nuova edizione della Guida dello Studente, *vade mecum* utilissimo che contiene tutto quanto può interessare gli iscritti alla Università.

La pubblicazione è divisa in vari capitoli che trattano della costituzione delle singole Facoltà, del loro ordinamento e dei corsi speciali che vi si impartiscono. Seguono chiarimenti sulle modalità per le immatricolazioni e le iscrizioni degli studenti, per le domande di passaggio da Facoltà a Facoltà, per le iscrizioni dei già laureati che desiderano conseguire una nuova laurea. Vengono quindi date norme per pagamenti di tasse ed eventuali dispense da queste, e notizie riguardanti esami, tasse scolastiche, agevolazioni a stranieri, borse di studio: vi si trova persino una tavola coi prezzi a tariffa differenziale e ad abbonamento speciale da studenti per i viaggi in ferrovia dai maggiori centri delle tre Venezia, nonchè le distanze chilometriche di questi da Padova.

A tutta questa raccolta di importanti nozioni, l'Autore fa precedere un interessantissimo cenno storico sulle origini e sui più fulgidi momenti dell'Ateneo Padovano. Vediamo così un gruppo di scolari emigrare a Padova da Bologna nel 1222 e costituirvi il primo Studio pubblico intorno al preesistente nucleo di scuole ecclesiastiche e laicali. Assistiamo allo sviluppo del nuovo Studio che va estendendo la fama in Europa attirando allievi dalla Provenza, dalla Germania, dalla Polonia, dalla Grecia, arricchendosi via via di nuovi insegnamenti. Fra gli allievi della Scuola padovana troviamo Alberto Magno, maestro di S. Tommaso, Albertino Mussato, il grande Copernico. Salgono alle sue cattedre persone dal nome italianamente glorioso in tutte le scienze: Pietro d'Abano, Gabriele Falloppio, Fabrizio d'Acquapendente, Paolo Sarpi, Lodovico Ariosto, Torquato Tasso, Gerolamo Cardano, Francesco Guicciardini, Galileo Galilei, Giambattista Morgagni.

L'Italia unificata trovò l'Ateneo Padovano in tutto lo splendore, e lo pareggiò alle altre Università del Regno con la legge 12 maggio 1872. PLF.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale della malaria.

Il Comitato Italiano, riferendosi alle sue precedenti comunicazioni, prega gli aderenti al II Congresso internazionale della malaria, indetto in Algeri dal 19 al 21 maggio, di inviare al più presto alla Direzione della Scuola Superiore di Malariologia (R. Clinica Medica al Policlinico Umberto I, Roma) il testo delle comunicazioni corredato da un breve sunto, notificando che le lingue ufficiali saranno: l'italiana, la francese, l'inglese, la spagnuola e la tedesca.

5° Congresso internazionale di fisioterapia.

È indetto a Liegi dal 4 all'8 settembre. In sedute plenarie verranno trattati i seguenti temi: 1° « La questione dei reumatismi ed i loro trattamenti fisici », relatori Wierzejewski (Poznan), Van Breemen (Amsterdam), Gunzburg (Bruxelles); 2° « Le affezioni del sistema nervoso centrale che giustificano la fisioterapia », relatore Deherm (Parigi). Il Congresso sarà diviso in 5 Sezioni. Sarà presieduto dai proff. Gunzburg e De Munter. Quota: 150 franchi belgi per i membri effettivi, 75 per gli aderenti. Segretario generale ne è il dott. Dubois-Trépagne, rue Louvreux 25, Liége, Belgio; cassiere il Dr. De Keyser (conto corrente postale 106-199 a Bruxelles). Segretario per l'Italia è il prof. Giulio Ceresole, Ospedale Civile, Venezia.

2° Congresso internazionale di sessuologia.

Si terrà a Londra dal 3 al 9 agosto; i lavori si svolgeranno nei locali dell'Associazione Medica Britannica. Le relazioni concerneranno i seguenti soggetti: Antropologia, Biologia, Ginecologia, Fisiologia, Psicologia, Sociologia, Terapia. Verranno adottate disposizioni per agevolare il viaggio e per ridurre le spese di soggiorno a Londra. Qualsiasi informazione riguardante il Congresso può ottenersi rivolgendosi a: The Secretariat of the Second International Congress for Sex Research, Animal Breeding Research Department, King's Buildings, The University, Edinburgh, Inghilterra.

1° Congresso internazionale di microbiologia.

Si terrà a Parigi dal 20 al 25 luglio. E' promosso dalla Società Internazionale di Microbiologia.

I lavori avranno sede nell'Istituto Pasteur e nel Palazzo dei Congressi.

Saranno divisi in 3 sezioni: 1° Microbiologia medica e veterinaria; 2° Serologia e Immunologia; 3° Botanica e Parassitologia; vi saranno svolti 14 temi. Relatori italiani saranno: Vernoni, Sanarelli, Belfanti e Carbone. Avranno anche luogo numerose conferenze. Quota d'iscrizione: 100 franchi. Domande e quote vanno indirizzate al tesoriere: Georges Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain 120, Paris VI.e; conto corr. post. n. 599; telegrammi: Gemas - Paris - 25. Le domande di iscrizione si ricevono sino al 15 giugno. Si può iscriversi, senza far parte della Società.

2° Congresso italiano di microbiologia.

Nella seconda quindicina del prossimo mese di marzo si terrà in Milano il II Congresso della Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia.

Le relazioni scelte dalla Presidenza della Sezione sono le seguenti: L. Petri, direttore della Stazione di Patologia Vegetale di Roma: « Le variazioni a salti (saltations) dei microrganismi e loro significato biologico »; A. Muggia, aiuto all'Istituto di Batteriologia ed Immunologia nella R. Università di Torino: « L'etiologia delle malattie esantematiche dell'infanzia »; G. Favilli, aiuto nell'Istituto di Patologia Generale della R. Università di Firenze: « Il problema etiologico ed epidemiologico della febbre ondulante ».

Sono escluse le comunicazioni che per il loro contenuto possano rivestire carattere pubblicitario (reclamistico).

Allo scopo di rendere più fruttuosi i lavori del Congresso, i testi delle relazioni e comunicazioni saranno distribuiti ai congressisti in bozza di stampa, all'inizio di ciascuna seduta. Per rendere possibile questa vantaggiosa disposizione è necessario che i dattiloscritti delle relazioni e delle comunicazioni pervengano alla segreteria della Sezione Italiana entro il mese di febbraio: nessuna comunicazione sarà accettata dopo tale termine.

Le adesioni al Congresso, accompagnate dalla quota di L. 25, dovranno pervenire alla Segreteria entro il mese di febbraio.

I congressisti avranno diritto a ribasso ferroviario del 30 %, al volume degli *Atti*, alla prenotazione delle camere d'albergo ed in genere a quelle facilitazioni e provvidenze che in loro favore il Comitato direttivo procurerà di ottenere.

Per qualunque schiarimento scrivere alla Segreteria, Milano, via Darwin 20.

26° Congresso italiano di dermosifilografia.

La riunione annuale della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia avrà luogo quest'anno a Roma presso la Clinica Dermosifilopatica (Policlinico Umberto I) nei giorni 24-26 aprile.

I titoli delle comunicazioni che i soci intendono presentare alla prossima riunione ed al Congresso internazionale di Copenhagen dovranno essere inviati al segretario della Società, dott. Vincenzo Montesano, Piazza Campo Marzio, n. 3, Roma (120), non oltre il 10 marzo.

Con il programma e l'ordine del giorno della riunione sarà inviata a ciascun socio copia a stampa delle relazioni ufficiali e saranno indicate le norme per i ribassi ferroviari (se verranno concessi) e per la prenotazione degli alloggi.

La Presidenza avverte sin da ora che non verranno pubblicate negli « Atti » quelle comunicazioni che non siano state effettivamente fatte e quelle i cui sunti non siano stati consegnati al segretario avanti il termine della seduta.

Prega i soci di contenere relazioni e comunicazioni in limiti brevi, allo scopo di non gravare soverchiamente colle spese di stampa sul bilancio sociale e rendere più sollecita la pubblicazione degli « Atti ».

Sarà gradita la presentazione da parte dei soci di casi clinici interessanti. La Società cercherà di contribuire nei *limiti del possibile* alle spese di viaggio dei malati. Per questo occorre però che di ogni caso che si desidera presentare venga richiesta autorizzazione entro il 31 marzo al presidente prof. Mario Truffi - Clinica Dermosifilopatica - Padova.

Alla fiera campionaria internazionale di Praga.

Durante la 20ª riunione della Fiera Campionaria internazionale di Praga, dal 16 al 23 marzo, sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica Cecoslovacca, S. E. Masaryk, si terrà a Praga la 1ª *Esposizione di Tecnica Sanitaria* e si radunerà il I *Congresso Internazionale di Tecnica Sanitaria e di Igiene Urbanistica.*

Si prevede che la nostra partecipazione sia al Congresso che alla Mostra sarà oltremodo notevole, tanto che sono già state prese le opportune misure per accordare notevoli facilitazioni di viaggio agli italiani che si recheranno a Praga.

Gli interessati potranno richiedere ampi chiarimenti al Commissario onorario della Fiera Campionaria di Praga per l'Italia, presso la Camera di Commercio Italo-Cecoslovacca di Milano, piazza Castello 5.

Gli interessati potranno anche richiedere il programma provvisorio dell'Esposizione di tecnica sanitaria e di igiene urbanistica.

Corso di preparazione alla carriera di medico di bordo.

Il 20 febbraio, nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Padova, avrà principio il IV Corso di preparazione alla carriera di medico di bordo, autorizzato dal Ministero della P. I. Tale Corso avrà la durata di tre mesi e sarà diviso in due parti, delle quali una si svolgerà nella sede universitaria, l'altra a Venezia, per la necessaria pratica in un porto. A chi avrà frequentato il corso verrà rilasciato un certificato degli studi compiuti.

Per l'ammissione occorre, oltre alla domanda in carta da L. 2 al rettore e al diploma o ad un certificato di laurea, versare alla cassa dell'Economato dell'Università L. 500.50 per la tassa d'iscrizione stabilita dal Ministero, e L. 65,80 per contributo di laboratorio e per le spese del certificato. Gli aspiranti che non abbiano percorsi gli studi nella Università dovranno pure presentare la fede di nascita legalizzata.

Scuola medica ospedaliera di Napoli.

Dal 4 febbraio al 10 marzo del corrente anno avrà luogo, nella Scuola Medica dell'Ospedale Incurabili, un corso di perfezionamento in Medicina, Chirurgia e Specialità.

Le domande in carta semplice dovranno essere indirizzate al presidente prof. Gabriele Tedeschi non più tardi del 31 gennaio, e consegnate all'Ispettore degli Incurabili sig. Giuseppe Renzi, dal quale potranno essere fornite le notizie riguardanti il regolamento della Scuola.

Verrà rilasciato a coloro che avranno seguito con assiduità le lezioni e le esercitazioni pratiche alla fine del corso un regolare certificato.

Donazione all'Università di Padova.

Il compianto prof. Augusto Bonome aveva legato L. 16.500 nominali, nonchè libri e periodici scientifici, all'Università di Padova, la quale è stata autorizzata, con recente R. Decreto, ad accettare la donazione.

Elargizione della Francia alle opere assistenziali di Tripoli.

Il Console di Francia in Tripoli, sig. Terver, ha rimesso al governatore Badoglio L. 10.000 da parte del Ministero dell'Aria francese, pregandolo di volerle elargire per opere di beneficenza in ricordo degli aviatori francesi caduti nella Sirtica e come segno di riconoscenza per le ricerche effettuate dagli aviatori italiani.

Il Governatore ha rimesso detta somma al presidente generale della beneficenza perchè provveda a distribuirla fra le opere assistenziali di Tripoli.

Attestati al merito della Sanità.

Con decreto pubblicato dalla « Gazzetta Ufficiale » si apportano modifiche alla composizione della commissione centrale permanente per le ricompense ai benemeriti della salute pubblica e alle ricompense al merito della sanità pubblica si aggiunge « attestato del merito della Sanità Pubblica ».

All'Accademia d'Italia.

La Classe di scienze matematiche, fisiche e naturali si è adunata il 5 dicembre sotto la presidenza di S. E. G. C. Vallauri.

La discussione si svolse sulla forma più opportuna da dare eventualmente alle pubblicazioni scientifiche della classe. Prevalse il concetto di pubblicare una serie di memorie dei membri della classe, oppure di estranei, presentate da un membro.

Vennero poi proposte e discusse altre possibili iniziative della classe come per esempio la pubblicazione di un dizionario scientifico in cui venga definita in modo rigoroso la estensione e il significato delle espressioni usate dalle diverse scienze.

Fu infine discussa una proposta dell'accademico Bottazzi, che la classe si faccia promotrice di una edizione delle opere dell'insigne fisiologo Lazzaro Spallanzani, che sono in parte inedite, in parte disperse in numerose pubblicazioni, alcune delle quali assai rare.

Il problema delle erbe medicinali.

Il ministro dell'agricoltura e delle foreste, on. Acerbo, ha insediato la Commissione interna chiamata a dare il suo parere circa un disegno di legge che il Ministero sta predisponendo sulle erbe medicinali ed aromatiche.

L'Italia — egli ha detto — importa dall'estero ogni anno per quasi 30 milioni di lire di olii essenziali, e per 70-80 milioni di essenze, gomme, resine, che può benissimo produrre in casa con materiale proprio.

Intanto continua l'incetta straniera dei nostri prodotti naturali. I rizomi di giaggioli vanno in Germania e tornano in creme, estratti, polveri da toletta; i muschi quercini del Trentino, le bacche di ginepro, i lamponi, i fiori di camomilla e di altre piante spontanee medicinali emigrano per tornare poi in forma di specialità pagate cento e mille volte di più. Persino della liquirizia, giudicata superiore a tutte quelle d'Europa, importiamo per quasi 3 mila quintali; e dello zafferano (il nostro è noto come il migliore del mondo) importiamo per 2.000 kg.; in definitiva noi importiamo un centinaio di specie di piante che invece nascono spontaneamente in Italia, e persino foglie secche di arancio.

Per l'anarchia che esiste in materia di raccolta delle erbe medicinali e aromatiche, noi abbiamo visto sparire l'atropa belladonna e l'artemisia dai boschi di Val d'Aosta, la valeriana dalle rive del Ticino, la lavanda da molti punti della Liguria, la genziana gialla dall'Abruzzo, ecc.

Urge pertanto provvedere, facendo tesoro anche delle iniziative parziali che finora si sono svolte, con una legge organica a queste produzioni spontanee ed alle coltivazioni speciali che sono possibili.

Il ministro ha dichiarato che, ottenuta l'approvazione del Capo del Governo, sta appunto predisponendo una legge in tal senso. Ma, data l'ampiezza ed i particolari aspetti del problema, egli ha creduto necessario nominare questa Commissione di esperti onde il disegno di legge riesca più organico e completo.

Dopo una discussione generale, la Commissione si è divisa in tre sotto-commissioni: agraria, scientifica ed industriale-commerciale.

Il funzionamento della Cassa malattie per gli addetti al commercio.

Dal dicembre scorso è già in funzione a Roma, nei locali al Lungotevere Anguillara n. 9, la Cassa Malattie per gli addetti al commercio, della quale è presidente il sen. Tolomei e direttore il rag. Luigi Navarra, e che funziona sotto l'egida delle gerarchie corporative.

Organizzata dalle due Confederazioni del Commercio, la Cassa ha posto per base della sua azione il compito di sollevare il datore di lavoro dagli obblighi ad esso incombenti per effetto della legge e dei contratti di lavoro, sostituendosi ad esso in pieno. Con l'istituzione della Cassa ed attraverso il pagamento del relativo contributo, il datore di lavoro non sarà più tenuto a versare al proprio dipendente l'indennità stabilita dalla legge e dai contratti di lavoro e dovuta ai prestatori d'opera in caso di assenza dal lavoro per malattia od infortunio.

La Cassa non crea quindi a tale titolo nuovi oneri per il datore di lavoro, ma risolve quelli già esistenti, concretizzando in un semplice premio di assicurazione quanto esso doveva pagare come stipendio o salario, senza ricevere il corrispettivo in lavoro.

In omaggio alla Carta del Lavoro ed in applicazione della Convenzione di Ginevra, la Cassa ha portato le indennità malattie a centottanta giorni per qualunque categoria ed anzianità, e di questo vantaggio di carattere sociale beneficherà grandemente la classe dei lavoratori del commercio per la quale è stato risolto un problema di carattere sociale con vero spirito di collaborazione e corporativismo fra datori e prestatori d'opera.

Onoranze al prof. Muscatello.

Il Comitato esecutivo, per non intralciare lo svolgimento normale delle lezioni, ha stabilito di rimandare alle prossime vacanze pasquali i festeggiamenti da tributare all'illustre maestro on. prof. G. Muscatello.

In memoria di Domenico Majocchi.

Gli allievi di Domenico Majocchi hanno consacrato un fascicolo dell'« Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia » (n. 1

del 1930) alla memoria del loro Maestro, in segno di affetto, di devozione, di riconoscenza.

Viene rievocata la figura di uomo, di scienziato e di clinico del grande Scomparso, in articoli redatti da P. Tarchini, P. L. Bosellini, L. Martinotti, D. Giordano. Ne è raccolta la copiosissima bibliografia, che comprende 159 titoli. È fatto posto, poi, ad uno studio storico redatto dal Majocchi — rimasto incompleto e non riveduto — quale estremo documento della sua inesausta attività.

Il volume, di oltre 100 pagine, è corredato di 5 figure, che rappresentano il Maestro in diverse epoche della sua vita.

Per un precursore della moderna psichiatria.

E' stata effettuata l'esumazione dei resti mortali di Vincenzo Chiarugi, grande scienziato che, nel 1786, liberò gli alienati dalle condizioni di prigionia inumana, in cui erano tenuti fin dal più lontano medioevo, proclamando i principii scientifici e civili della moderna psichiatria e fondando quell'ospedale di S. Bonifacio di Firenze, il cui regolamento dettato dallo stesso Chiarugi, anche oggi, a distanza di oltre un secolo, colpisce per l'arditezza della riforma e commuove per il profondo senso di umanità, che tutto l'inspira. Alla esumazione erano presenti, oltre a vari scienziati, al rappresentante del podestà di Firenze, i discendenti del grande scienziato. Le ossa, in buono stato di conservazione, sono state raccolte e saranno trasportate a Empoli, paese natio del Chiarugi, che tributerà solenni onoranze ai resti mortali del grande suo figlio.

Sull'eziologia dell'influenza.

Nel « Journal of the American Medical Association » del 28 dicembre 1929, I. S. Falk, R. W. Harrison, R. A. McKinney e G. W. Stuppy consegnano una nota preventiva, in cui sono riferite numerose ricerche sull'eziologia dell'influenza.

Esse tendono a provare che la malattia è prodotta da streptococchi altamente pleomorfi, produttori di verde dall'emoglobina, resistenti alla bile, aerobi facoltativi; le loro proprietà fermentative e la resistenza al Gram variano molto. Gli AA. sono molto prudenti nell'indiziare questi germi; ma la stampa sanitaria e quella politica ne hanno già parlato come di una scoperta definitiva, che condurrà alla vaccinoprofilassi ed alla sieroterapia dell'influenza.

Le laboriose indagini eseguite specialmente sulle scimmie, sono state finanziate dall'Università di Chicago, dalla Commissione Nord-Americana dell'Influenza, dalla « Metropolitan Life Insurance Company » di New York e dal « Julius Rosenwald Fund » dell'Università di Chicago.

Il lavoro per esteso verrà pubblicato ulteriormente.

Crociere mediche.

La prossima crociera organizzata da « Bruxelles-Médical » avrà inizio il 12 luglio e durerà 17 giorni. Porto d'imbarco e di sbarco sarà Marsiglia; itinerario: Bordeaux-Leixoës (Porto), Cadice (Siviglia), Tangeri, La Valletta, Siracusa, Taormina, Palermo, Napoli, costa orientale della Corsica da Bastia al Capo Corso. La crociera si svolgerà sulla nave « Cap Varella » (14.000 tonnellate, lunghezza 150 m.); in ogni città dell'itinerario si faranno visite ed escursioni. Prezzo per la 1ª classe: da fr. francesi 3350 in sopra; 2ª classe e studenti: da fr. francesi 1450 in sopra Sono annesse anche persone raccomandate da medici, ma ad una tariffa diversa. Rivolgersi al Dr. Loir, rue de Coligny 12-bis, Le Havre, Francia; oppure al « Service des voyages *Bruxelles-Médical* », boulevard Adolphe-Max 29, Bruxelles, Belgio.

* * *

Una crociera medica sul Mediterraneo viene organizzata in occasione del centenario dell'Algeria, dal 1° al 14 aprile. Informazioni: « Apollo », rue de Valois 7, Paris; oppure « Messageries Maritimes », boulevard des Capucines, Paris.

Viaggi medici.

La « Société Médicale du Littoral Méditerranéen » organizza un viaggio dal 12 al 19 aprile; si toccheranno i seguenti punti: Capo d'Antibles, Jouan-les-Pins, Cannes, Le Cannet, Grasse, Vence, Mentone, Bordighera, San Remo, Capo Martin, Monaco, Monte Carlo, Beaulieu. Seguiranno un'escursione sulle Alpi e poi, un viaggio facoltativo in Corsica, dal 20 al 25 aprile. Il numero dei posti è strettamente limitato. Rivolgersi alla segreteria della Società, rue Verdi 24, Nizza.

* * *

La « Fédération Médicale Thermale et Climatique Pyrénéenne » organizza un viaggio alle Cevenne ed ai Pirinei, da Lamalon a Lourdes, a partire dal 1° giugno. Informazioni dal Dr. Maurice Faure, La Malose, Hérault, Francia.

Il 20 dicembre 1929 è morto in Parma, in seguito ad un attacco di *angina pectoris* il prof. GIORGIO RATTONE, senatore del Regno, stabile di Patologia generale in quella R. Università.

Nato a Moncalieri il 25 aprile 1857, si laureò nel 1880 in Medicina e Chirurgia. Allievo di insigni Maestri, quali Angelo Mosso, il Colomiatti, il Foà, il Bizzozero, coltivò con grande passione, col suo vivissimo ingegno e con indomita fede, gli studi biologici ed ancor giovanissimo conseguì la libera docenza in Anatomia patologica e fu nominato insegnante di Patologia generale nella R. Università di Sassari (1885-1886). Il 30 novembre 1886 fu chiamato a coprire la Cattedra di Patologia generale nella R. Università di Parma, Cattedra da lui tenuta ininterrottamente sino alla morte.

Egli diede subito all'Istituto da lui diretto ampio sviluppo, adattandolo alle esigenze di un Laboratorio sperimentale e fornendolo di una ricca biblioteca, cosicchè la volontà e l'attitudine degli studiosi si potessero estendere a tutti i campi della ricerca biologica. Il suo insegnamento cattedratico venne sempre corredato dalla dimostrazione e dallo esperimento. Istituì e fece istituire numerose ricerche scientifiche originali delle quali fanno testimonianza le varie memorie date alle stampe. Ebbe numerosi allievi, molti dei quali ora ricoprono alte cariche sia nel campo accademico che in quello professionale. Fra i suoi lavori meritano particolare menzione quelli sulla etiologia del tetano (della quale malattia intuì chiaramente e per primo la natura infettiva in seguito a rigorose esperienze), sul pneumococco,

sui microrganismi della mielite infettiva, sulle nefriti, sul deciduoma, sugli infarti epatici, sulle arteriti, sulla patologia chirurgica dei nervi, sui tumori della ghiandola tiroidea.

Il suo valore di ricercatore rifulse inoltre nei lavori sulla circolazione del fegato, sui corpuscoli nervosi terminali del Pacini, sulla struttura dei gangli spinali e sulla presenza di cellule ganglionari nelle radici posteriori dei nervi spinali, sui nervi del fegato e della milza.

Inoltre compilò un pregevolissimo trattato sui « Microrganismi ».

Fu Rettore e Preside nella R. Università di Parma, e di Parma fu anche Consigliere comunale, Ispettore della Cassa di Risparmio e Presidente degli Ospizi Civili.

Ma la sua attività, oltre che alla scuola ed alla vita cittadina, si estese anche agli interessi della Nazione. Fu inscritto al Partito Nazionale Fascista; fu eletto deputato al Parlamento Nazionale per il Collegio di Aosta una prima volta nel 1909 ed una seconda nel 1913 e nel 1919 fu insignito del laticlavio.

Era decorato della medaglia di bronzo dei benemeriti della salute pubblica per aver Egli condotto con grande zelo, spirito di sacrificio ed abnegazione la campagna anticolerica in Piemonte molti anni scorsi.

Era inoltre Cavaliere di Gran Croce, Gran Cordone della Corona d'Italia e Grande Uff. dell'Ordine dei Santi Maurizio e Lazzaro.

VERCELLANA.

A 76 anni si è spento il dott. LÉOPOLD DEJACE, che fu a lungo il redattore-capo di « Le Scalpel ».

Giornalista nato, seppe rendere oltremodo vivace e interessante questo periodico belga di medicina, richiamando su di esso l'attenzione generale. Fu a lungo presidente effettivo e poi presidente onorario dell'Associazione della Stampa Medica Belga e dell'Associazione Internazionale della Stampa Medica, alla quale seppe imprimere un vigoroso impulso.

Con tenace entusiasmo, con ardore generoso, difese il prestigio della medicina e sostenne gli interessi della famiglia medica, tanto che fu chiamato a presiedere varie associazioni mediche corporativistiche. Organizzò nel Belgio i Congressi di medicina professionale e ne presiedette la prima sessione. I medici belgi conservano viva memoria dei servigi che egli ha reso loro.

Prestò la sua opera attiva anche in molte altre opere para-mediche: ad esempio, fu presidente del Consiglio d'amministrazione della « Imprimerie Médicale et Scientifique ».

La sua opera fu tutta di bene: uomo di cuore e d'azione, egli era sempre presente, e quasi sempre alla testa, quando si trattava di rendersi utile ai colleghi ed alla Società.

Esercitò con passione la medicina nella sua Flémalle-Grande.

Vogliamo ancora ricordare che egli fu un amico sincero ed entusiasta dell'Italia, verso cui ebbe a manifestare ripetutamente — con la parola e con gli scritti — i suoi sentimenti di ammirazione, di simpatia e di affetto.

L. V.

La rubrica dell'Amministrazione.

Nuovi giudizi e apprezzamenti di lettori del "Policlinico"

Molti lettori del « POLICLINICO » *nel rinnovare l'abbonamento pel 1930, colgono l'occasione per esprimerci il loro plauso incondizionato.*

Non chiediamo gli elogi, ma siamo fieri del consenso spontaneo che ci viene manifestato.

La fiducia e la benevolenza dei lettori, rinsaldano la nostra fede e ci sono di sprone ad un più fervido e attivo lavoro.

Ci sia consentito di riportare alcuni dei giudizi pervenutici:

Il dott. SALVATORE MISURACA, di Casteltermini (Agrigento), scrive:

« Riconfermo l'abbonamento al « *Policlinico* » « il quale *nella sua vecchiezza è sempre giovane* « *ed onusto di pregevoli articoli* ».

Il dott. PASQUALE RADATTI, di Montesantangelo, scrive:

« *Sempre più entusiasta* del suo « *Policlinico* », « Sezione Pratica, Le rimetto l'importo d'abbo« namento pel 1930.

Il dott. GUIDO TREVES, di Pralungo (Biella), scrive:

« Rinnovo l'abbonamento al « *Policlinico* », « Sezione Pratica, che è *fonte inesauribile di in« teressantissime cognizioni ed inseparabile com« pagno nella aspra fatica quotidiana* ».

Il dott. VITTORIO TAMASSIA, di Villa Poma (Mantova), scrive:

« Tanti e tanti auguri alla Direzione, alla Am« ministrazione e a tutto il personale del « *Poli« clinico* » che portano all'*apogeo* il nostro Pe« riodico ».

Il dott. FRANCESCO DAINOTTO, da Villarosa, scrive:

« Auguri all'amico « *Policlinico* » *compagno in« dispensabile* del medico pratico ».

Il dott. FRANCESCO FORNARA, di Novara, scrive:

« Rinnovo l'abbonamento al « *Policlinico* » che « mi è ormai *fedele e indispensabile compagno* ».

Il dott. VINCENZO DAGNINO, medico della Missione Italiana in Addis Abeba, scrive:

« *Invio l'importo d'abbonamento pel 1930*, sem« pre ben entusiasta del *bellissimo ed ottimo* « *Po« liclinico* », il quale, benchè nel centro dell'Afri« ca, mi arriva puntualmente, *sempre per me* « *utilissimo* ».

Il Dott. ERNESTO GALLO, di Ribeirao Preto (Brasile), scrive:

« Invio l'accluso *chèque* per l'abbonamento del « 1930 non potendo rinunciare di essere lettore « fedele *dell'insuperabile* « *Policlinico* ».

Il dott. BENEDETTO MASACCI, di Cesena, scrive:

« Rinnovo con piacere l'abbonamento al « *Po-* « *liclinico* » di cui da molti anni sono fedele « abbonato, perchè fra i vari periodici di medi- « cina *è quello che meglio risponde ai bisogni* « *del medico pratico* ».

Il dott. FERDINANDO CAPACCINI, di Forcoli (Pisa), scrive:

« Rinnovo l'abbonamento al « *Policlinico* », *il* « *fedele amico di ogni medico pratico* ».

Il dott. ITALO MAZZI, di Montebello Vicentino, scrive:

« Confermo l'abbonamento al « *Policlinico* », « Sezione Pratica, di cui sono *sincero e devoto* « *ammiratore* ».

Il dott. FRANCESCO MEREU, di Gadoni, scrive:

« Porgo la mia *entusiastica ammirazione* per « il glorioso « *Policlinico* » con fervidi auguri di « lunga vita *per la scienza* e *l'umanità* ».

Il dott. TULLIO TAMAGNINI, di Tolentino, scrive:

« Invio L. 65 per abbonamento annuale al « *Po-* « *liclinico* », Sezione Pratica, che ormai da tanti « anni rappresenta il mio *pasto intellettuale* ».

Il dott. G. B. DE LORENZI, da Intra, scrive:

« Rinnovo l'abbonamento alla Sezione Pratica « del « *Policlinico* » che è ormai la *guida e il* « *mentore di ogni medico che voglia stare al cor-* « *rente del progresso scientifico e terapeutico* ».

Il dott. GIORGIO SACCOMANI, di Udine, scrive:

« Rimetto l'importo pel 1930 al « *Policlinico* », « Sezione Pratica, rivista ottima *sotto tutti i pun-* « *ti di vista ed alla quale non intendo rinun-* « *ciare* ».

Il dott. GIROLAMO MARCHETTI, di Tezze d'Arzignano, scrive:

« Ecco l'importo d'abbonamento pel 1930. Sono « ormai affezionato al Vostro giornale, essendo « *eminentemente utile per il medico condotto* ».

Il dott. ALFREDO STRUMBALO, di Piedimonte San Germano, scrive:

« Rinnovo l'abbonamento alla Sezione Pratica « del « *Policlinico* » giornale *sempre più impor-* « *tante per la cultura pratica moderna* ».

Il dott. DAVIDE SCARELLA, di Santiago (Cile), scrive:

« Le invio con tutto piacere l'importo d'abbo- « namento pel 1930 al « *Policlinico* » del conte- « nuto del quale essendo *più che soddisfatto*, « *perchè superiore ad ogni elogio*, credo mio do- « vere farle questa esplicita dichiarazione ».

Nel chiedere venia ai molti, e sono parecchie centinaia, che, per difetto di spazio, non abbiamo potuto riportare, mandiamo a tutti coloro che dimostrano al « Policlinico » tanta stima e simpatia, le migliori espressioni dell'animo nostro grato.

Ed assicuriamo che seguiteremo a dare tutte le nostre energie affinchè il « Policlinico », come nei già trascorsi XXXVI anni di sua vita, resti sempre all'avanguardia della stampa medica italiana e si renda sempre più utile e indispensabile per l'esercizio della nobile missione del medico.

L'EDITORE.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Mediz. Klinik, 27 set. — RIECKE. Successi e insuccessi in dermatologia. — O. WELTMANN. I segni delle malattie interne e nervose sul volto.

Edinb. Med. Journ., ott. — R. CRUCHET. Delinquenza post-encefalitica. — W. A. LAMB. Trattamento della polmon. lobare.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 set. — Numero di cardiologia.

Folia Med., 15 sett. — F. PIANESE. Secrez. del corpo luteo.

Jorn. dos Clinicos, 30 ag. — A. FIALHO. Errori diagnost. nella febbre gialla.

Presse Méd., 25 sett. — M. FIESSINGER e al. Bilirubina dissimulata nel sangue. — M. HAUDUROY. La coltura degli ultra-virus è possibile.

Giorn. di Cl. Med., 20 sett. — U. GABBI, F. CANTANI. Bac. di Bang.

Giorn. Med. Alto Adige, sett. — M. ASCOLI. Vizi congeniti di cuore.

Deut. Med. Woch., 27 sett. — SCHWARZ. La patologia sessuale come problema di antropologia medica. — NOEGERRATH e al. Cambiamenti d'infettività del morbillo.

Riv. di Pat. e Cl. d. Tuberc., 30 set. — E. DE CASTIGLIONE. Diagn. differenz. tra pneumotorace saccato e caverna polmon. — G. GHERARDINI. Ricambio azotato e minerale nella tbc. polm.

Zbl. f. Chir., 28 set. — M. BRAUDES, K. LINDEMANN. Terapia operativa dell'Hallux valgus. — A. W. WISCHNEWSKY. Anestesia locale nelle operazioni addominali.

Anales Hospital Santa Cruz y San Pablo, 15 lug. — S. NOGUER-MORÉ. Le reazioni allergiche.

Arch. Scienze Med., set. — E. RAVENNA. Nodi intrasplenici di tessuto splenico. — R. MORACCHINI e L. HERLITZKA. Iperglicemia e ipertensione; azione dell'insulina e dell'ergotamina.

Gaz. d. Hôp., 28 set. — A. LEMIERRE e E. BERNARD. Azotemia nelle nefriti.

Paris Méd., 28 sett. — L. BERNARD. Bronchiectasia e tbc. — BORDAS. Criocauteri.

Journal A. M. A., 14 set. — A. GRANGER. L'ipertensione essenziale. — M. SCHULZE. Il travaglio in primipare attempate. — W. OVERHOLDER. Compito della psichiatria nella giustizia criminale. — F. W. DIXON. Perforaz. del setto nasale nei lavoratori di cromo.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 22 sett. — M. LAUREATI. L'influenza. — F. CONTARINI. Flebite della vena femorale sin. nell'appendicite.

Practitioner, ott. — D. P. D. WILKIE. L'appendicite acuta pericolosa e suo riconoscimento precoce. — Z. COPE. Prognosi delle affezioni addominali acute. — D. M. STERN. Somministraz. dell'insulina ed ematuria.

Giorn. di Med. Milit., ott. — G. GRIXONI e al. Vaccinaz. dell'uomo con anatossina tetanica.

Ann. di Ostetr. e Gin., 30 set. — E. PESTALOZZA. A proposito di un nuovo corpo di dottrina ostetrica. — G. GROSSI. Reaz. di Kottmann in gravid. e puerperio.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., set. — N. W. POPOFF e al. Vulvovaginite micotica. — R. L. LARSEN. Eziol. delle tossiemie gravidiche.

Stomatologia, ott. — G. CORRADI. La stomatoiatria sociale in Italia.

Radiologia Med., ott. — A. VALLEBONA. Registrazione radiografica dei movim. del cuore. —

Q. VISCHIA. Azione dei raggi Roentgen sul simpatico addominale.

Münch. Med. Woch., 4 ott. — DRÜGG. Infezioni delle ferite da difteroidi. — KENISCH e HAUG. Pressione sanguigna degli ipertonici in aria rarefatta.

Brit. Med. Journ., 5 ott. — W. S. HANDLEY. Linfo-stasi, precorritrice del cancro.

Bull. Méd., 28 set. — Numero sull'educazione fisica.

Presse Méd., 2 ott. — H. VAQUEZ e al. Azione degli estratti pancreatici sull'angina di petto. — P. GLEY e N. KISTRINIOS. Sostanza ipotensiva del pancreas. — R. GRAIN. Suppurazioni nasali e anti-virus-terapia.

Mediz. Welt, 5 ott. — R. PEMBERTON e al. Varî lavori su artriti, reumatismi e forme affini.

Mediz. Klinik, 4 ott. — O. MÜLLER. L'asma.

Deut. Med. Woch., 4 ott. — FISCHL. Sulla chemoterapia.

Wien. Klin. Woch., 3 ott. — POLITZER. I raggi dell'accrescimento.

Arch. Gen. di Neur., ecc. — DEL GRECO. Anormalità del carattere di alcuni grandi intellettuali.

Pediatria, 1 ott. — A. TEMONI. Cosidetta « fragilità capillare » nell'età infantile.

Haematologica, V. — A. MONAI. Sistema reticolo-endoteliale e infezione malarica. — A. ARRIGONI e M. CALABRESI. Alterato ricambio dei lipoidi nella patogenesi delle porpore emorragiche.

Zbl. f. Chir., 5 ott. — E. PÓLYA. Lipomi intestinali. — M. TIEGEL. Protezione del campo operatorio addomin.

Clinica Chirurg., ag. — LORENZETTI. Fratture del collo del piede. — F. CATTANEO. Lussaz. abituale di spalla e trattam. operativo con legamento artic.

Acta Medica Scand., I. — S. STENBERG. Psicosi e lipoidi del sangue. — J. LUNDQUIST e E. KARLMARK. Polimiosite.

Pathologica, 15 ott. — P. VERGA. Eterotopie gliali nelle leptomeningi. — G. LATTOVICH. Bile di bue come antigene nella sierodiagnosi della sifilide.

Nederl. Tijdsch. v. Geneesk., 5 ott. — E. HUIZINGA. Bronchiettasie nell'infanzia. — W. A. P. SCHÜFFNER e al. Malaria con lunga latenza.

Riforma Med., 5 ott. — A. RALLO. Influenza delle sottrazioni di sangue sul processo di guarigione delle fratture.

Revue Neurol., sett. — W. A. V. KRARBE. Anatomia patolog. delle gland. endocrine nell'acondroplasia. — P. NEUGRAC. Tentativo di volumetria cerebrale.

Ars Medica, set. — A. RÊMOND e al. Funzione reticolo-endoteliale e genesi del cancro.

Paris Méd., 5 ott. — Numero di neurologia.

Presse Méd., 28 set. — G. MOURIQUAND e A. LEUBER. I fissatori del calcio nell'organismo. — G. VICENTE. Il lavaggio dei polmoni.

Osped. Magg., 30 set. — Congresso di oto-rino-laringologia.

Medicina, 9. — J. SKLINTAUSKAS. L'epidemia di poliomielite in Romania.

Rev. de Chir., 5. — R. LERICHE e R. FONTAINE. Compito del ganglio stellato in certe sindromi viscerali. — R. SIMON e E. STULZ. Trattam. cruento delle fratture da schiacciam. del calcagno.

Folia gynaecol., 4. — I. ODESCALCHI. Aborto Roentgen. — C. VERCESI. Innesti ovarici.

Rev. Españ. de Med. y Cir., ott. — J. DUERTO. Correzione del setto nasale. — P. FARRERAS. Le frutta come alimento e come rimedio.

Rev. Ibero-Amer. de Ciencias Méd., set. — G. TRIVIÑO. Le idee attuali sull'evoluz. dell'infezione tubercolare.

Paris Méd., 12 ot. — P. SAINTON. Segni oculo-palpebr. delle sindromi basedowiane. — ALEXANDRESCO-DERSCA e V. VALTER. Iniezioni endovenose di ossigeno.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII — Roma, 3 Febbraio 1930 — Num. 5

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

L'ormone sessuale del "liquor folliculi" e le sue applicazioni terapeutiche.

Prof. GIACOMO PIGHINI (Reggio Emilia).

Le recenti conquiste della fisiologia sperimentale nel campo della ormonizzazione sessuale hanno offerto alla clinica un prezioso materiale di analisi diagnostica e di applicazione terapeutica. Come è oggi ben noto, il ciclo fisiologico estrale della femmina, ed il trofismo dei suoi organi genito-sessuali — ovaia, utero, vagina — sono sotto la dipendenza del follicolo di Graaf che va maturando nell'ovaia, e più specialmente di una sostanza ormonica contenuta in alta concentrazione nel suo liquore (Marshall e Wood, Allen, Courrier, Bonin, Laqueur, Truffi ecc.). Da una estesa serie di esperimenti — cui mi permetto aggiungere anche i miei recenti (1) — è stato ormai ampiamente dimostrato che, negli animali castrati, si può impedire la conseguente atrofia del tratto uterino, e ripristinarne il tono, mediante iniezioni di liquore follicolare: di più, con quel trattamento ormonale, la muscolatura e la mucosa uterina e vaginale vanno incontro a quelle stesse modificazioni strutturali e secretive che si manifestano nel periodo fisiologico dell'estro (Allen e Doisy, Courrier, Champy, Zondek, Truffi, Carminati ecc.), e con esse, sempre negli animali castrati, anche gli altri caratteri sessuali secondari si ridestano: le mammelle ipertrofizzano e gli acini glandolari entrano in fase secretiva (Winterbergen, Laqueur, Steinach ecc.); i peli crescono più sollecitamente, il ricambio si acce-

lera, la psiche si fa più vivace ed erotizzata. Nelle femmine impuberi poi la ormonizzazione col *liquor folliculi* provoca una mestruazione sessuale precoce, con accelerato accrescimento dei follicoli e un anticipato sviluppo mammario (Frank, Loeb e Konatz, Ascheim e Zondek, Laqueur ecc.).

Dobbiamo alle ricerche comparative di Sidney e Doisy, Zondek, Saito ed altri la constatazione che tale principio attivo sull'utero, vagina e mammelle è contenuto nella più alta concentrazione nel liquore follicolare della ovaia, mentre nelle altre parti delle glandole è contenuto in molto minore quantità. Analoghe o identiche sostanze attive però sono state trovate, ed in elevata concentrazione, anche nella placenta (Fellner, Laqueur), nel liquido amniotico (Laqueur), nel sangue (Frank) e nell'orina delle femmine gestanti (Zondek).

Non essendosi ancora potuto isolare allo stato puro l'ormone sessuale, nè quindi conoscendosi la sua composizione, non si sa se rappresenti una entità chimica, o un miscuglio di varie sostanze. La sua identificazione è ora basata su prove biologiche, e precisamente sui suoi effetti ipertrofizzanti sul tratto genitale, e sulle modificazioni estrali della vagina degli animali castrati. Il metodo dell'esame a striscio della secrezione vaginale nei ratti e topi bianchi castrati — proposto da Stockard e Papanicolaou — si è infatti dimostrato come il più pratico e adatto per saggiare la attività ormonale specifica dei vari estratti. Dosandone sperimentalmente la quantità minima necessaria per provocare in tali animali la reazione estrale della vagina, si determinano le *unità ratto* (o unità topo) in essi contenute.

L'ormone sessuale non agisce che per via enterale. Trattando pertanto femmine di animali castrati con iniezioni di liquore follicolare — o di estratti placentari contenenti l'ormone — si ottengono sperimentalmente negli organi della sfera sessuale delle modificazioni istologiche che corrispondono esattamente a quelle della fase estrale fisiologica, e cioè: congestione di tutto il tratto genitale, utero e vagina; iperplasia epiteliale della vagina ed ipersecrezione mucosa utero-vaginale, iperplasia ed ipertrofia muscolare dell'utero, reazione a tipo deciduale dello stroma uterino, iperplasia glandolare della mammella.

Nelle mie ricerche sperimentali e comparative sulla attività ormonale specifica dei vari estratti dal *liquor folliculi* — su cui ho riferito recentemente a parte (1) — ho potuto direttamente constatare questi vari effetti, e convincermi che, più attivo di qualunque suo estratto, risulta sempre la applicazione diretta del *liquor* naturale — che potei ottenere in preparazione sterile e duratura mediante la aggiunta di piccole percentuali di acido fenico. La acidificazione precipita una prima porzione di globuline, decantato dalle quali il liquore si ottiene limpido, di color giallo oro, stabile nel suo potere ormonico, e immune da inquinazione microbica.

Al dosaggio della sua attività ormonica specifica, il l. f. di vacca o di cavalla è risultato contenere da 3 a 5 unità ratto per ogni cmc., ed è sempre risultato più attivo il liquore fenicato che quello naturale. Ciò armonizza con quanto già constatarono altri (Levi della Vida, Signorelli, Fermi) per la fenicazione di antigeni, di sieri, e di vaccini. D'altra parte l'esigua percentuale di acido fenico riesce del tutto innocua nella applicazione pratica del preparato, e ne garantisce la stabilizzazione. Io pertanto, ed i colleghi che hanno collaborato con me nei saggi clinico-terapeutici di ormonizzazione sessuale, ci siamo potuti convincere che la azione del *liquor folliculi* naturale, e fenicato, riesce assai più efficace e pronta di quella dei suoi vari estratti alcoolici ed eterei, dei suoi dializzati, dei suoi estratti acquosi dealbuminizzati; e perciò ci siamo attenuti ad esso, ottenendo nella clinica umana e veterinaria notevoli risultati terapeutici, di cui rendemmo conto in alcuni saggi pubblicati. Mi limiterò qui pertanto a riassumere i dati sin qui raccolti dalla applicazione pratica della ormonizzazione sessuale col *liquor folliculi* da me preparato, in attesa che ulteriori nostre ed altrui osservazioni le confermino e le estendano.

Dalle esperienze di laboratorio, si passò in primo tempo a sperimentare il *liquor* fenicato nel campo veterinario. Constatati gli effetti riattivanti la funzione del tratto genito-sessuale, ed ipertrofizzanti sull'utero e sulla mammella, era da tentarsi quel trattamento in tutti quei casi di meiopragia, di distrofia, di alterazione istofunzionale degli organi della sfera sessuale che la patologia veterinaria ci offre. Un primo caso di ritenzione di feto morto trattato con successo da me e Colonna (2) col *l. folliculi*, ci incoraggiò ad estendere la applicazione a campi clinici affini; io e Rivabella pertanto, sia direttamente che a mezzo di colleghi medici veterinari, trattammo largamente, nei bovini ed equini, casi di mancato estro, di ritenzione di placenta da placentite e cotiledonite (in esito alla vaginite e all'aborto infettivo diffusi in terra emiliana), di piometra, di ritenzione di feti mummificati; e l'esito fu sempre molto buono, ottenendosi il risultato clinico desiderato — ossia la ricomparsa dell'estro, l'espulsione della placenta o del feto,

la risoluzione del processo endometritico, la attivazione fisiologica della mammella — col solo trattamento di tre-quattro iniezioni consecutive (a distanza di 12 ore l'una dall'altra) di 4-5 cmc. di l. f. fenicato per volta (3).

Queste applicazioni della ormonizzazione sessuale — a parte qualche tentativo di Murphey, Ruffles, Dolder e Frei per la provocazione dell'estro — sono le prime che si fanno in questo campo, e si promettono fruttuose, specie nelle zone in cui domina la vaginite infettiva colle sue funeste conseguenze sulla riproduzione del bestiame.

Nel campo clinico umano, la ormonizzazione sessuale con preparati ad intensa azione specifica è pure ai suoi inizi. I trattamenti opoterapici sin qui usati coi vari prodotti ovarici del commercio non hanno dato i resultati che erano da attendersi, poichè tali preparati — come è noto dalle ricerche comparative di Fellner, Loewe, Doisy ecc. — non contengono che minime quantità di principio attivo. I primi saggi di trattamento con estratti di *liquor folliculi* o di placenta ad elevato contenuto ormonico hanno dato, invece, i migliori risultati. Novak, Watrin, Fellner, Brouha e Simonnet, Niedermeyer, Wenkebach, Serdukoff, Masazza ecc. li applicarono con successo in casi di infantilismo uterino con conseguente sterilità, di amenorrea e dismenorrea, di leucorrea acida, di metropatie emorragiche, di turbe psichiche e del ricambio (artropatie, otosclerosi, ecc.) dell'età critica, nella frigidità sessuale. Recentemente Vitali-Mazza applicava con buon esito il trattamento follicolinico (Estrofollicolina dell' Istituto farmacologico reggiano, Correggio) alla rinite vasomotoria periodica nella donna (4); ed io collo stesso preparato ottenni incoraggianti risultati in casi di sterilità, di psicastenia, di psicosi periodiche, e anche di demenza precoce iniziale, legati a disfunzione ovarica (5). In tutti questi casi il riattivarsi della funzione ovarica, accompagnato dall'accentuarsi del metabolismo vasale e degli scambi nutritivi, ha coinciso col miglioramento dello stato generale: onde l'intervento terapeutico ha servito anche a lumeggiare la patogenesi di talune di queste sindromi.

Nel corso dei nostri saggi clinico-terapeutici ci si offerse l'occasione di sperimentare anche l'azione combinata della follicolina colla tiroidina. Ispirato al concetto — risultante anche dalle mie precedenti ricerche sulla tiroidizzazione (6) — che l'ormone tiroideo, in minime dosi, agisce come stimolo alla funzione ovarica e alla maturità sessuale, mi proposi vedere se la aggiunta di piccole quantità di estratto tiroideo alle solite dosi di liquore follicolare — 3 cmc. — coadiuvasse a intensificare l'azione di quest'ultimo. L'esito corrispose alle previsioni. I migliori risultati, tanto nella riattivazione della funzione ovarica sopita o spenta nei casi di amenorrea, che nella risoluzione delle sindromi distrofiche e psicopatologiche legate a turbe sessuali, si ottennero con quel trattamento combinato. Per la tiroidizzazione è sufficiente la aggiunta dell'1 % di estratto fresco di glandola tiroide al liquore follicolare. La *Estrofollicolina fenicata tiroidizzata* così preparata, in fiale di 3 cmc. ciascuna — contenenti quindi 0.03 g. di tiroide fresca — si è dimostrata ottimo mezzo incretoterapico per la ormonizzazione sessuale, essendo sufficienti tre-quattro iniezioni, fatte a giorni alterni, per ottenere, nei casi lievi suscettibili di pronta reazione, un buon risultato curativo.

Da questi primi saggi di ormonizzazione sessuale intensa ottenuta col *liquor folliculi* è lecito presumere che il nuovo trattamento opoterapico è destinato ad estendersi in altri campi della patologia, e ad offrire al clinico un buon mezzo di analisi diagnostica e di intervento curativo. Ispirandosi ai sani dettati della dottrina della costituzione, il criterio clinico cerca ora sorprendere nel malato le deficienze ed anomalie ormoniche predisponenti alle sue turbe patologiche; e tra queste non poche volte incontra meiopragie dell'apparato genitosessuale collegate alla sua costituzione. In tutti questi la ormonizzazione sessuale col *liquor folliculi*, che si dimostra così eroica sperimentalmente nelle ipoplasie e distrofie da castrazione, promette i migliori risultati terapeutici.

RIASSUNTO.

Il *liquor folliculi* naturale dell'ovaia nella terapia umana e veterinaria risulta più attivo dei vari estratti di ovaia e di placenta contenenti l'ormone sessuale.

Una preparazione stabile del *liquor*, e di elevato potere ormonico specifico, si ottiene colla aggiunta di piccole quantità di acido fenico e di estratto di tiroide (*Estrofollicolina fenicata e tiroidizzata*).

BIBLIOGRAFIA.

(1) E. PIGHINI. *Biochimica e terapia sperimentale*, 1929.

(2) E. PIGHINI e A. COLONNA. La Clinica veterinaria, n. 9, 1928.

(3) E. PIGHINI e A. RIVABELLA. Ibid., 1929.

(4) P. VITALI MAZZA. Atti del Congresso di Otorinolaringoiatria di Milano, sett. 1929.

(5) E. PIGHINI. Riv. Sperim. di Freniatria, 53, 1929.

(6) E. PIGHINI. Riv. di Biologia, 7, 3, 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Anatomia Patologica della R. Univ. di Cagliari.

Occlusioni intestinali multiple da duplice ernia strozzata (inguinale e retroperitoneale) e da volvolo (*).

A. BUSINCO, direttore.

L'interesse dell'osservazione è nel titolo stesso. Sono stati descritti, per quanto molto raramente, casi di duplice interruzione del canale intestinale, da ernia strozzata esterna ed interna, o da due ernie interne, o da ernia interna e da briglie, o da volvolo e da briglie, o da due briglie. Tuttavia, anche note, quando queste evenienze si presentano, sono sempre degne di attenzione e di segnalazione. Tanto più ne sembra degno questo caso, occorsomi poco tempo fa all'autopsia, in cui l'ostacolo meccanico era nel tenue e in triplice diversa sede.

Un facchino di 62 anni, dopo alcuni giorni dall'insorgenza di un voluminoso strozzamento nel canale inguinale di destra, viene ricoverato nella Sezione Chirurgica dell'Ospedale Civile e operato d'urgenza. Isolato il sacco, sbrigliato l'anello strozzante, osservato il buono stato di circolazione e di nutrizione delle anse intestinali, che furono riposte in cavità, chiuso solidamente e ricomposte le pareti del tragitto inguinale con solida sutura, l'operato, però, non emise feci nè gas, rimase con meteorismo addominale, e non si riebbe dalle condizioni di grave abbattimento; e, così poche ore dopo l'intervento, morì.

Il reperto anatomico (autopsia n. 2182, N. 5, di C. G., da Seui-Nuoro, facchino, eseguita il 9 aprile 1929), nonostante seguito ad appena 12 ore dal decesso, dava a vedere un cadavere con diffuse macchie ipostatiche e in cattivo stato di conservazione, con l'addome meteorico, ma pastoso in corrispondenza del quadrante inferiore destro per una notevole tumefazione cavitaria. Lungo il decorso del canale inguinale esisteva una recente ferita chirurgica, lineare, con margini affrontati con punti metallici.

I piani sottostanti erano tenuti da solidi punti di catgut e l'anello inguinale interno chiuso *lege artis*.

Aperta la cavità addominale, il peritoneo parietale si mostrava sufficientemente liscio e lucido e trasparente; l'epiploon, dotato di una discreta riserva adiposa, era retratto in alto e in forma di un grosso ammasso trasversale. Nella cavità del bacino non esisteva la matassa del tenue. Anse di questo erano nella regione superiore dell'addome, sotto l'epiploon raccorciato, e presentavano delle fini striature rossastre perpendicolari, quasi fra di loro parallele, interessanti la sierosa e decorrenti dal margine libero al margine aderente o mesenteriale. Il tratto del tenue che presentava tali modificazioni misurava circa m. 1,50, e corrispondeva molto verosimilmente alla porzione impegnata nello strozzamento dell'anello inguinale destro.

La topografia intestinale era ancora alterata da altre due condizioni: 1) dalla regione duodeno-digiunale, il mesentere si distendeva come una corda rigida diretta in basso e a sinistra, venendo ad aderire al peritoneo della fossa ileo-cecale, a circa 2 cm. dalla punta dell'appendice, all'interno della medesima. Attorno a quest'asse, un groviglio abbondante di anse del tenue aveva ruotato di un angolo di 180°. Sia il mesenterio che le anse interessate dal volvolo, per la lunghezza di circa 2 m., non presentavano alterazioni circolatorie e nutritive notevoli; 2) la regione ileo-cecale era occupata da una grossa bozza, delle dimensioni e della forma di una testa di feto, con direzione in basso e all'interno, per cui il cieco risultava sollevato e respinto in alto, mentre l'appendice accollata al peritoneo da briglie fibrose in tutto il suo decorso formava una lieve concavità all'interno e in alto. La bozza, tutta rivestita dal peritoneo della fossa ileo-cecale, liscio, lucido, alquanto rosso-scuro, si spingeva sotto il cieco e sotto la porzione iniziale del colon ascendente, di consistenza pastoso-elastica, veniva a portarsi anteriormente e all'interno, sopra il bacino, fin sotto al punto di adesione della detta briglia mesenteriale.

Nel tratto intermedio all'estremità di questa briglia ed alla punta dell'appendice, in una stretta fovea, si notava l'impigliamento di due nastri, che, attentamente esaminati, apparivano rappresentati da due anse intestinali. Essendo impossibile il disimpegno, anche con forte trazione, nè riuscendo a superare il cingolo con uno strumento ottuso, inciso il foglietto peritoneale rivestente la bozza, immediatamente sotto di questo, in una loggia — formata anteriormente e lateralmente e in basso dal peritoneo, superiormente e anteriormente dal cieco e dalla prima porzione del colon ascendente, posteriormente dai muscoli e dai tessuti della regione ileo-psoas, — si trova un viluppo di anse del tenue, delle dimensioni di una testa fetale, che si presentano di colorito rosso-scuro, giallognole, di aspetto opaco, e tra di loro come conglutinate. Dall'interno di questa loggia si riesce a sondare il cingolo strozzante e a sbrigliarlo con un coltello: dopo di che si riesce a svolgere le anse del tenue per una lunghezza di oltre m. 1,50, con pareti flaccide, con liquame rossastro-torbido nell'interno.

Tralascio gli altri dettagli del reperto necroscopico, in parola, perchè superflui allo scopo di bene intendere il quadro anatomo-clinico. Accenno soltanto che esisteva un *inspessimento cronico diffuso dell'aracnoide, edema e iperemia della sostanza nervosa, flaccidità da metamorfosi torbido-grassa del miocardio; antracosi e iperemia ed edema da ipostasi nei polmoni; atrofia splenica, dei reni e del fegato, — quest'ultimo bruno-congesto, con diffusa metamorfosi grassa. Nelle fosse nasali e nella retrobocca, soffuse di una patina bruno-scura, dovute al liquido del vomito, si riscontravano alcuni ascaridi.*

Il reperto anatomo-clinico, in sintesi, è caratterizzato da tre condizioni che, in punti di-

(*) Comunicazione alla Soc. fra i Cultori di Scienze Mediche e Naturali di Cagliari, seduta 17 maggio 1929.

versi, hanno compromesso la canalizzazione dell'intestino: la prima, riscontrata dal chirurgo in corrispondenza della regione inguinale destra, che assumeva la fisionomia di una delle comunissime ernie inguinali strozzate, venne operata e superata secondo arte: la seconda in corrispondenza di un anello strozzante del peritoneo della regione sotto-ileo-appendicolo-cecale; la terza, finalmente, rappresentata dal volvolo del digiuno e della prima porzione del tenue, attorno ad un asse formato da una briglia mesenterica.

Anche quest'ultima eventualità, come la prima, è una condizione morbosa abbastanza frequente ad osservarsi, dando essa motivo ad un certo numero di sindromi da occlusione intestinale acuta, il cui meccanismo patogenetico risulta, di consueto, abbastanza chiaro.

Certo molto meno frequenti sono gli intasamenti dell'intestino nelle fossette peritoneali accessorie, per quanto esse siano ben note dal lato clinico sotto la denominazione di *ernie retroperitoneali o endoaddominali*, per la sindrome occlusiva acuta, con le concomitanti gravi conseguenze.

Rimando, per un ottimo aggiornamento della topografia e della morfologia delle fossette peritoneali ad un recente lavoro di Forlini E., della Scuola del Guizzetti, in cui, nel contempo, l'A. riporta un interessante contributo casistico raccolto nell'Istituto di Parma. E mi limito, in quanto tocca più strettamente l'osservazione da me fatta, a ricordare che, nei Trattati di Anatomia descrittiva, topografica e nelle monografie speciali, in corrispondenza della regione ileo-cecale sono state segnalate: una fossetta ileo-cecale superiore; una inferiore o ileo-appendicolare e le fossette retrocecali.

La fossetta ileo-cecale superiore corrispondente all'angolo fra l'ileo e il cieco, si riscontra nel 30 % dei casi (Forlini), è aperta, in alto ed a sinistra (è molto ampia) fino a 10 centimetri; è poco profonda (2 cm. al massimo); ed è formata da una plica peritoneale, ampia e floscia nei bambini, inserita in parte sul margine superiore dell'ileo, in parte sulla faccia antero-mediale del colon, plica che, negli adulti, è in genere coperta di grasso, spesso abbondante.

La fossetta ileo-cecale inferiore o ileo-appendicolare è pure molto frequente (Forlini l'ha trovata 57 volte su 100 cadaveri) è formata da una plica inserita in alto sulla faccia mediale del cieco e in parte continuantesi sul margine dell'appendice lungo la linea d'attacco del mesenteriolo. Anche questa plica è sottile e trasparente nei bambini, mentre negli adulti è rivestita di grasso.

Per *fossette sotto-cecali* sono descritti alcuni avvallamenti a topografia un po' variabile. Col nome di *fossetta sotto-cecale o retro-cecale* si designa una cavità che si mette in evidenza sollevando il cieco, limitata, esternamente, dalla plica parieto-colica, con l'orificio diretto in basso, a sinistra o a destra, secondo i rapporti più o meno estesi, che la plica mesenterico-colica contrae, sia con la faccia posteriore del peritoneo parietale, sia con il mesentere dell'ileo. Oltre questa fossetta, che Boheme R. chiama retro-ileocecale, il medesimo A. distingue altre fossette retro-ceco-coliche, situate lungo il bordo esterno superiore del cieco e del colon ascendente, già studiate da Fourche e Mutel, formate dalla plica parieto-colica.

Ricordo, di sfuggita, per l'interesse pratico che ha, un caso recentemente descritto dal Dominici (*Policlinico,* S. Pr., 1928), di ernia strozzata in una fossetta retrocecale, operata con successo. In questo lavoro si troveranno pure interessanti ricordi anatomici e bibliografici su le fossette peritoneali accessorie.

Tutte queste fossette si riscontrano con relativa frequenza e dipendono da un più o meno difettoso accollamento del peritoneo parietale sui segmenti intestinali della regione. Ma, accanto a queste malformazioni più comuni del rivestimento peritoneale, se ne devono ammettere altre anomale, congenite o acquisite, come nel mio caso. La fossetta era in regione sottocecale, ma distante dal punto di riflessione del peritoneo sul cieco e sull'appendice. Essa era ovale, o obliqua verso il basso e all'interno, lunga circa 2-3 cm., si trovava in mezzo a due punti fissi del peritoneo, rappresentati: uno, dal processo vermiforme per tutta la sua lunghezza, tenuto fisso da evidenti esili briglie connettivali, esiti di periappendicite; l'altro, dall'estremità inferiore della plica mesenterica. In questo stiramento del peritoneo era, forse, la ragione dell'avvallamento circoscritto in un punto anomalo, nel quale, a poco a poco, con la continua pressione, si è fatto strada l'intestino.

L'anomalia della fossetta si accompagnava anche al peculiare comportamento dell'intestino, aggrovigliato e raccolto dietro il peritoneo, in quella loggia che abbiamo descritto tra la faccia anteriore del muscolo ileo-psoas e il peritoneo della regione ileo-appendicolare, giacchè il tenue, che formava, appunto, questa massa era stretto, con le anse afferente ed efferente, nel cingolo della fossetta, ma non era contenuto dentro alcun sacco proprio. L'inte-

stino, in altre parole, si trovava immediatamente sotto la trasparente ed esile lamina peritoneale, nè, ben s'intende, alcuna formazione laminare derivante dall'extroflessione del peritoneo si è potuta isolare nelle pareti della loggia, come si suole vedere nelle comuni ernie esterne o interne di questa o di altre regioni della cavità peritoneale. Insistiamo su questo particolare, perchè si potrebbe da qualche critico superficiale osservare che il sacco poteva essere tanto esile da essere sfuggito alla ricerca. Invece, il sacco non esisteva; il che significa che l'intestino, passato il cercine peritoneale, aveva finito per atrofizzare e superare, con la pressione, il rivestimento del fondo della fovea, si era a poco a poco insinuato nel tessuto cellulare lasso retroperitoneale, lo aveva scollato lentamente fino a formarsi e ad adattarsi nell'ampia loggia retrocecale. Ad un certo momento, lo scivolamento di una maggior quantità di tenue non è stato possibile, ma non è stata possibile neppure la riduzione o il risucchio nella cavità peritoneale. Si sono, perciò, stabilite e concretate le condizioni sufficienti e necessarie per la produzione dell'incarceramento.

Non è il caso di ricordare tutte le teorie emesse per spiegare questo processo. Noi pensiamo che anche in questo caso, sono in giuoco due fatti: 1) le dimensioni e la struttura dell'anello peritoneale, che han giocato, come in un'altra porta erniaria qualunque, la propria parte; 2) il volume del viscere erniato, modificato dai complessi fenomeni vasomotori, di trasudazione, di secrezione e di fermentazione dell'ansa.

Imponendosi più o meno bruscamente la sproporzione fra l'elasticità dell'anello e le dimensioni delle anse oltrepassate, l'ernia retroperitoneale di questa fossetta anomala sotto-cecale si è strangolata.

* * *

Oltre questo aspetto morfologico e patogenetico, il caso presenta un suo particolare interesse nei rapporti con le altre manifestazioni concomitanti di occlusione intestinale.

Ha esordito lo strozzamento esterno, il volvolo o l'incarceramento interno?

Ciascuna di tali manifestazioni aveva elementi propri per costituirsi indipendentemente dalle altre e dare l'occlusione intestinale: il volvolo poteva integrarsi attorno all'asse formato dalla briglia mesenterica. Lo strozzamento interno poteva avvenire indipendentemente dal volvolo e dall'incarceramento esterno. Questo, poi, è di così comune osservazione, a prescindere da altre concause del genere, che la sua indipendenza abituale non può neppure mettersi in dubbio.

Ma questa autonomia di sfondo morfologico e patogenetico non esclude, tuttavia, che l'un accidente abbia potuto influenzare a concorrere alla formazione dell'altro.

Ed ecco come a noi sembra di potere ricostruire, su la base dell'osservazione anatomica, e delle connesse ripercussioni fisiopatologiche, questa catena di occlusioni, i cui anelli appaiono tra di loro strettamente connessi.

Pensiamo che il primo intasamento sia avvenuto molto probabilmente in corrispondenza della fovea sotto-cecale. Si desume ciò dal volume dell'intestino incarcerato: dall'aspetto delle pareti profondamente alterate nella nutrizione: dal fatto che, come si è accennato, il passaggio attraverso la porta peritoneale così ristretta è avvenuto molto lentamente: e che, diventato il tenue necessariamente irreducibile, esso si trovava qui nelle condizioni più opportune per andare incontro alle conseguenze di uno strangolamento.

Ammesso questo inizio, si comprende come le modificate condizioni della canalizzazione intestinale abbiano creato motivi di necessità per suscitare la iperperistalsi e un aumento di pressione endoaddominale, diretti a vincere l'ostacolo meccanico. E' così che un altro gruppo di anse è passato attraverso l'anello inguinale e si è trovato nel comune sacco erniario, sotto il dominio delle condizioni meccanico-dinamiche più opportune per il secondo strozzamento in questa sede più comune.

Da notarsi che il primo strozzamento riguardava l'ultima porzione, quella che diremo prececale del tenue: mentre nel sacco inguino-scrotale destro, da quanto si poteva rilevare per le piccole emorragie subsierose persistenti nelle anse liberate e ridotte, era compresa una buona lunghezza del tratto immediatamente superiore dello stesso tenue. La terza parte, formante il volvolo, era, infine, rappresentata dal gruppo delle anse del digiuno e della prima porzione del tenue.

Il tenue risultava, pertanto, diviso in tre porzioni, ciascuna delle quali era impegnata da una causa di occlusione.

Dopo avere detto che i due segmenti inferiori del tenue si sono successivamente impegnati nelle porte erniarie e strozzati, resta facile intendere come il tratto digiuno-ileale superiore, in preda ad una iperperistalsi, abbia potuto agevolmente girare attorno alla briglia mesenteriale, che si trovava tesa nel cavo addominale obliquamente in basso, da destra a sinistra e dall'indietro in avanti.

Anche il Donati, dallo studio del suo caso e dei casi degli altri osservatori, riguardanti ernie otturatorie strozzate e contemporaneo volvolo intraddominale, pensa che il volvolo sia secondario allo strozzamento: e dovuto all'aumentata peristalsi sui segmenti di anse, le quali sono fisse da una parte alla fossa iliaca, dall'altra in corrispondenza della radice del mesenterio.

Quest'ultimo episodio, del volvolo, comunque, dev'essere cronologicamente intervenuto per ultimo, sia perchè appare logico pensare che la ragione principale della torsione era rappresentata dall'ostacolo istituitosi nel segmento inferiore del tenue, sia perchè non si notava ancora alcun grave disturbo circolatorio nelle anse « girate ».

Concludendo su questo punto, si può ritenere che il tenue si è andato, in senso cronologico e progressivo, impegnando dal cieco al digiuno.

* * *

Sono questi gli elementi morfologici e le schematiche deduzioni interpretative sul meccanismo di formazione delle tre interruzioni della canalizzazione intestinale da me osservate.

Non mi dilungo nel segnalare l'importanza pratica di queste gravi coincidenze occlusive dell'intestino. Rimando, anche per quanto concerne la scarsa letteratura su l'argomento ad un articolo recente del Bedarida (*Arch. it. di Chir.*, Vol. XXII, fasc. 6) su le *Occlusioni intestinali a duplice sede* (*volvolo e strozzamento erniario*), dove sono riportate osservazioni di strozzamento e di volvolo intrasacculare, contemporanea presenza di volvoli intraddominali e di ernia strozzata: e dove si trovano anche considerazioni diagnostiche. A questo proposito aggiungiamo soltanto che la diagnosi della doppia occlusione e della sede è di estrema difficoltà, e quasi mai è stata posta prima dell'intervento chirurgico. La persistenza dello stato grave di ileo, dopo allontanata una causa di ostruzione, ha, spesso, determinato un secondo intervento, che rivelò l'altro punto di blocco.

Anche in questo soggetto, persistè, dopo l'operazione, che non presentò difficoltà tecniche di riposizione del tenue, lo stato di grave abbattimento, di saproemia. Si notò anche la persistente tumidezza dell'addome, più accentuata nel quadrante inferiore destro; ma le condizioni precipitarono verso l'esito rapidamente.

Comunque, è da notare che non esisteva un risentimento infiammatorio peritoneale, come è accaduto di riscontrare spesso in condizioni analoghe. Anche la mancanza di questa complicazione quasi ineluttabile, nelle morti per occlusione intestinale, avrebbe la sua spiegazione, forse, nel fatto che lo strozzamento sottocecale, prima avvenuto, pure con le sue gravi alterazioni circolatorie e nutritive a carico delle anse, era escluso quasi in modo assoluto dal peritoneo, cui non poteva comunicare o propagare (o, per lo meno, non aveva ancora comunicato) il risultato delle decomposizioni intestinali.

RIASSUNTO.

La triplice ragione di occlusione, osservata al tavolo in un uomo di 65 a., era rappresentata: 1) dall'impegno e strozzamento della ultima porzione del tenue in una fossetta peritoneale anomala sottocecale; 2) da uno strozzamento della parte soprastante del tenue nell'anello inguinale destro; 3) da un volvolo della parte più alta attorno ad una corda mesenterica. Se ne discute la patogenesi.

Di una rara modalità di occlusione intestinale da diverticolo di Meckel in una fessura del mesentere.

(Contributo casistico).

Dott. Umberto Nobili
chirurgo primario - Ospedale di Tarquinia.

La rarità del reperto anatomo-morfologico dello strozzamento mi induce a riferire il seguente caso clinico:

Pag. Domenico, di a. 53, contadino, di Bieda, residente a Monteromano. Sono chiamato la sera dell'11 luglio 1929 a Monteromano per un caso generico di colica. L'uomo che mi si presenta ha questa breve storia: al mattino verso le ore 9 attendendo al lavoro dei campi è stato colto, subito dopo un pasto normale, da dolori vivissimi all'addome con qualche conato di vomito e una scarica di feci che nulla — a dirsi — presentavano di anormale.

Per i dolori sempre più intensi ha abbandonato il lavoro e, a piedi, con fatica si è portato alla sua casa che dista 5-6 chilometri. Arrivato a casa si è purgato con olio senza esito se non di un po' di gas: i dolori sono aumentati: urinazione normale. Nella storia remota non presenta di interessante se non altrettale colica patita 5 anni addietro dileguatasi in breve volger di tempo.

E. O. Uomo di taglia normale, magro, dimostra un aspetto sofferente: si lagna di dolori diffusi all'addome specie alla regione periombellicale. Il polso è buono, valido a 60; i toni cardiaci normali; respirazione normale piuttosto toracica; apirettico; lingua umida: qualche eruttazione inodora. Il ventre è discretamente trattabile con zona di difesa periombellicale dove si risveglia un do-

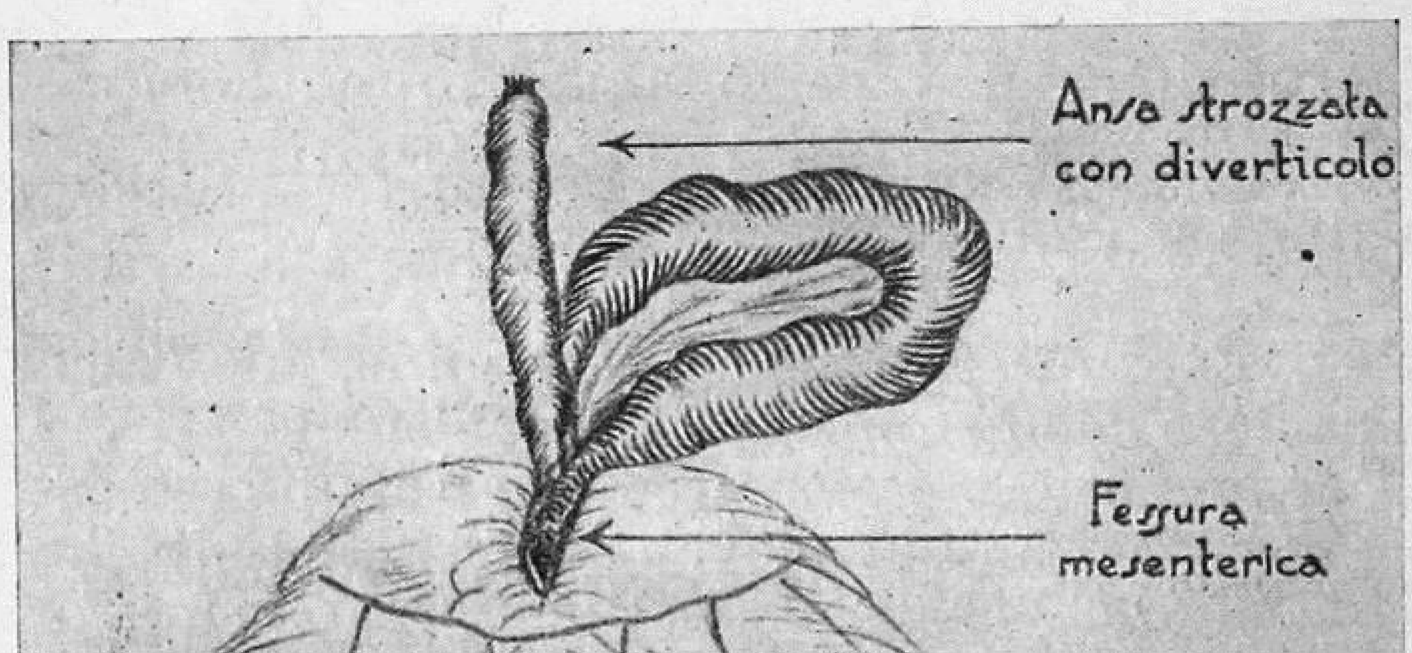
lore profondo: nulla alla sede appendicolare nè della cistifellea: non liquido alle parti declivi dell'addome.

La scarsa sintomatologia mi vieta di emettere un diagnostico preciso: tuttavia propendendo per una sindrome iniziale appendicolare trasporto subito l'infermo all'ospedale.

Prescrivo nella nottata un impacco caldo all'addome e un ctg. di morfina sottocute.

Al mattino alle 7 il personale di servizio mi riferisce che l'I. si è lagnato di dolori crescenti all'addome, ma null'altro ha presentato di anormale. Ottanta pulsazioni, apirettico, non vomito, non singhiozzo, alvo sempre chiuso. All'esame l'addome è diventato globoso e meteorico, dolente ovunque ma specie nella regione sopraombellicale: la difesa muscolare aumentata e diffusa: aia di ottusità del fegato conservata: ipofonesi alle parti declivi. Alle ore 10, vale a dire a 24 ore precise dalla colica, per improvvisa modificazione del polso salito a 120, decido l'intervento con diagnosi generica di occlusione intestinale e peritonite.

Operazione e reperto anatomico (assistenti i dottori Petroni e Bellati). — Anestesia spinale novocainica +++. Laparatomia dal pube fin sopra l'ombellico: all'apertura del peritoneo fuoriescono parecchi litri (forse 4-5) di liquido siero-ematico di odore fecaloide. Le anse intestinali non tendono a fuoriuscire dalla ferita laparatomica per una peritonite adesiva già in atto. Tuttavia l'attenzione è subito rivolta verso un'ansa intestinale strozzata color rosso vinoso, priva della lucentezza caratteristica, e ricoperta di placche fibrino purulente da cui si diparte, in tutta vicinanza del cingolo strozzante, un'altra ansa, con caratteri esterni analoga all'altra solo che sprovvista di meso, che si porta verso la regione epatica alla parete posteriore dell'addome: mentre contorno



quest'ultima per vedere dove si prolunga si distacca con la sua parte libera e si esteriorizza a guisa di corpo erettile: ha le dimensioni di una banana ed è a forma leggermente clavata: sul suo estremo libero ha qualche frangia sierosa per la quale aderiva alla parete posteriore dell'addome: è impiantata a larga base e ad angolo acuto con il tenue nella parte opposta a quella mesenteriale ed ha il diametro del tenue strozzato (polso di un bambino decenne); tuttavia le sue pareti sono molto meno spesse. Ha una lunghezza di 15 cm. ed è ripiena di gas.

Il cingolo strozzante è rappresentato da una lacuna del mesentere di altra ansa a monte e la lacuna è a ridosso della radice mesenteriale. Dopo inutili tentativi di disimpegno in blocco dell'ansa strozzata e di questa appendice, subito riconosciuta per un diverticolo di Meckel, si decide di asportare quest'ultimo fra una pinza ed un robusto laccio di seta: allora soltanto riesco a far passare l'ansa intestinale attraverso la breccia mesenterica: liberata l'ansa e constatatone lo stato di sfacelo non modificato dall'applicazione di garze bagnate in soluzione fisiologica e da una conveniente attesa, decido la demolizione della stessa: resezione di un tratto di 50 cm. di intestino ed entero-enteroanastomosi latero-laterale. Null'altro di anomalo nella cavità addominale: libera e sana l'appendice vermiforme. Detersione delle linee di sutura con soluzione fisiologica ed etere e sutura parziale delle pareti addominali in massa.

Decorso post-operatorio. — Nessun miglioramento dell'I. dopo l'atto operatorio. Progressivamente peggiorando, malgrado i presidi terapeutici applicati in genere agli addominali, morte 24 ore dall'intervento.

Negata l'autopsia.

Dall'esposizione del reperto anatomico risulta quindi evidente che trattasi di un'ansa del tenue e di un diverticolo impegnatisi in una fessura del mesentere.

Per uno di quegli incidenti abbastanza frequenti anche da parte del personale più addestrato, non posso dare il reperto istologico perchè il pezzo, afflosciato del contenuto in liquame e gas alla rimozione delle pinze, non fu conservato! Tuttavia fu osservato da me e dai Colleghi che il diverticolo aveva le pareti più sottili della corrispondente ansa strozzata ed era rivestito di mucosa analoga a quella intestinale: non si vide nessuna traccia di valvola alla zona di impianto. Nel caso speciale non è certo agevole stabilire il fattore patogenetico. Bisogna intanto ammettere la coesistenza di due fatti congeniti: il diverticolo e la fessura mesenterica. Se il primo si sia impegnato meccanicamente nella fessura e successivamente abbia contratto l'aderenza con la parete posteriore dell'addome; o se piuttosto per un processo di diverticolite abbia contratto una aderenza, sempre attraverso la breccia mesenterica, successivamente trascinandosi l'ansa in cui era impiantato; quando sia avvenuto il passaggio del diverticolo se cinque anni prima in occasione dell'altra colica patita dall'I. o in occasione della colica attuale, non credo sia facile a dirsi. Io propendo a credere, dati i caratteri fibrosi del cingolo strozzante, che il diverticolo già si trovasse impegnato e fissato fin dalla colica precedente nella posizione in cui io l'ho trovato e che solo in quest'ultimo episodio siasi trascinato seco l'ansa intestinale su cui era impiantato. Ma ripeto ogni ipotesi in proposito mi pare azzardata.

Il rapido sfacelo dell'ansa e del diverticolo è facilmente spiegabile con la scarsa irrorazione

sanguigna in rapporto alla mancanza del meso diverticolare.

In quanto alla fessura del mesentere d'essa interessava un'ansa del tenue a monte dell'ansa strozzata: lo dimostra lo stato di ripienezza dell'ansa stessa: la fessura ovalare di un diametro massimo non superiore ai tre centimetri, aveva i margini netti, inspessiti, biancastri, duri come costituiti da tessuto fibroso: essa era in immediata vicinanza della radice del mesentere; nulla d'anormale del tratto corrispondente dell'intestino. Di queste fessure del mesentere poco si sa: si imputano come cause di esse i traumi ed i processi infiammatori pregressi che nel nostro caso sono mancati: bisogna ammettere una lacuna congenita.

L'egregio collega Melletti in un suo recente, accurato lavoro sul D. di M. su circa 140 casi della recente letteratura trova due soli casi analoghi a quello che ho descritto e precisamente quelli del Giardina, che su sei casi di occlusione intestinale da D. di M. ne descrive ben due analoghi al mio. Piacemi tuttavia a giustificazione della breve illustrazione, concludere con le parole in proposito del Giardina stesso: « Quantunque su sei casi di occlusione da D. di M. abbiamo a registrare due casi di strozzamento di questo diverticolo in fessure preformate del mesentere, pure è da ritenere tale eventualità, almeno dall'esiguo numero dei casi esistenti nella letteratura, come eccezionale, eccezionale essendo invero l'esistenza contemporanea e di un diverticolo e di una fessura del mesentere ».

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso occorsogli di diverticolo di Meckel che, trascinandosi l'ansa su cui era impiantato, si era strozzato in una fessura mesenterica. Caso clinico raro.

Tarquinia, settembre '29 - VII.

BIBLIOGRAFIA.

WAUGH. *Malformazioni congenite del mesentere.* The British Journ. of Surg., vol. XV, n. 59, genn. 28.

TALMANN. *Sullo strozzamento interno da breccie mesenteriche.* Archiv. f. klinische Chir., T. CXXXV, fasc. 3-4, aprile 25.

SOFOTEROFF. *Un caso di strozzamento interno in una lacuna mesenterica.* Ibid., vol. CXXV, n. 1-2, luglio 23.

MELLETTI. Policlinico, Sezione Chirurgica, anno 1929, XXXVI, pag. 188. Cfr. l'accurato lavoro per la ricca bibliografia riportata.

FRONTICELLI. Ibid., Sezione Pratica, XXXII, pag. 77.

GIARDINA. Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia, anno VII, n. 1, gennaio 1926, pag. 3.

OSPEDALE CIVILE DI OLIVETO CITRA (SALERNO).

Plastica a lembi dell'aponevrosi in un caso di laparocele della linea mediana.

Prof. dott. DOMENICO CLEMENTE.

La cura dei laparoceli che si producono su cicatrici operatorie della linea mediana dell'addome presenta non lievi difficoltà tecniche per la scarsezza dei tessuti che si possono affrontare con la sutura per la formazione di un piano solido. Prova di tali difficoltà sono il gran numero di metodi operatorii immaginati per la cura e la frequenza delle recidive. In corrispondenza della linea mediana la parete addominale è formata da un solo strato veramente resistente ed utile, che può essere avvivato e suturato, e cioè dall'aponevrosi della linea alba. Se la scontinuità della fascia, prodotta dal laparocele, è piccola, è possibile molte volte, dopo l'asportazione del tessuto cicatriziale, la resezione e l'affondamento del sacco erniario, eseguire la solita sutura a piani, aprendo la guaina dei muscoli retti ed affrontando, dopo la sutura del peritoneo, con punti staccati i bordi aponevrotici della guaina stessa. In quanto ai muscoli retti che, d'ambo i lati della linea mediana, formano colle loro fibre uno strato valido e contrattile di contenzione, essi vengono tutt'al più avvicinati da alcuni Autori con punti che interessano soltanto poche fibre dei loro bordi insieme all'aponevrosi; occorre però evitare di comprenderne gran parte nella sutura per l'immancabile atrofia che ne consegue nella sostanza muscolare e la sostituzione di altro tessuto cicatriziale.

A prescindere dalla cura delle piccole scontinuità, i metodi più raccomandati negli interventi per la terapia dei laparoceli mediani sono in quelli poco estesi il metodo della « duplicatura della fascia » alla Mayo, ed in quelli molto voluminosi, il metodo, veramente perfetto dei trapianti aponevrotici (trapianto di lembi presi dalla fascia lata).

Riporto qui brevemente la descrizione del primo, perchè nel caso da me operato, ho usato una tecnica affine. Nel metodo di Mayo il laparocele viene circondato da un'incisione circolare profonda fino all'aponevrosi e questa viene messa allo scoperto, liberandola del tessuto cicatriziale per 4 cm. intorno all'anello erniario; il sacco viene accuratamente isolato dal bordo della perdita di sostanza della fascia, aperto, liberato del suo contenuto e resecato. Indi si distacca il peritoneo dalla superficie profonda dell'aponevrosi e s'incide l'anello

aponevrotico agli estremi di una linea trasversale passante per il centro di esso per la lunghezza di 4 cm. per lato. Si formano in tal modo 2 lembi di aponevrosi, ben distinti dal peritoneo. Questo viene ora suturato a sopraggitto. I due lembi vengono poi suturati non per i margini, ma per le superficie sovrapponendole: ciò si ottiene suturando il margine del lembo inferiore alla base del lembo superiore sollevato come una valva e poi abbassando il lembo superiore sull'inferiore e suturando il bordo del primo colla base del secondo. Viene così a formarsi in corrispondenza della deiscenza erniaria uno strato doppio di aponevrosi per la sovrapposizione in due piani dei lembi della fascia. Viene infine suturata la cute.

Invece di formare un lembo superiore ed uno inferiore, si può incidere l'anello aponevrotico in senso longitudinale, determinando così 2 lembi laterali, che vengono egualmente sovrapposti.

Riferisco ora il caso da me operato.

Tale M. Concetta, di anni 50, da Caposele (Avellino), si presentò nel mese di agosto dello scorso anno all'Ospedale, lamentandosi di dolori all'addome, che aumentavano specialmente nel lavoro, a cui come contadina era costretta. L'inferma era stata operata in America 22 anni fa di laparotomia mediana sotto-ombelicale per malattia che ella non seppe precisare, probabilmente per un tumore benigno ovarico (cisti?). Sulla linea pubeombelicale esisteva infatti una cicatrice lunga oltre 10 cm., ben resistente nella metà superiore, sfiancata nella inferiore, ove a 3 dita trasverse circa sotto l'ombelico si palpava una soluzione di continuo dell'aponevrosi ad anello, della grandezza di una moneta di due lire nuovo conio, che formava l'orificio di uscita di un sacco erniario. Il laparocele si rendeva ben manifesto sotto gli sforzi della tosse, raggiungendo il volume di una grossa noce; il sacco aveva contenuto facilmente riducibile.

Il giorno 24 agosto in anestesia locale si procede all'intervento. La cicatrice cutanea viene circoscritta da un'incisione ovalare profonda fino al piano aponevrotico ed asportata. Il sacco erniario viene liberato dal bordo della perdita di sostanza della fascia, isolato ed aperto; si riduce l'epiploon in esso contenuto, si reseca il sacco e si sutura a sopraggitto il peritoneo. Si scolla ora la cute ed il cellulare dei bordi della ferita per mettere bene allo scoperto il piano aponevrotico e parallelamente alla linea mediana, a distanza di circa 2 cm. dall'orlo della scontinuità dell'aponevrosi si esegue un'incisione longitudinale su ciascun lato per l'altezza di circa 6 cm. sulle guaine dei muscoli retti, aprendole. Agli estremi delle incisioni longitudinali si tracciano due piccole incisioni trasversali dirette verso la linea mediana per liberare i due lembi, che vengono in tal modo a formarsi. I lembi sono quindi isolati dalle fibre muscolari dei retti, sollevati ed infine ribattuti rovesciandoli sulla perdita di sostanza aponevrotica, su cui si sovrappongono colmandola, come due battenti. I lembi sono poi suturati a punti staccati sulla linea mediana, affrontandoli più per le superficie che per i margini e la breccia aponevrotica è completamente chiusa. Ai lati pochi punti di sutura fissano i lembi ai margini interni dei muscoli retti. Con qualche altro filo di sutura si provvede infine ad avvicinare per quanto è possibile in ciascun lato il bordo della guaina aponevrotica, incisa per la formazione del lembo, al muscolo corrispondente. Sopraggitto del cellulare sottocutaneo; sutura cutanea. La ferita guarì per prima e l'inferma fu dimessa dall'Ospedale dopo 3 settimane.

Ho rivisto la donna pochi giorni fa, ad un anno circa di distanza dall'intervento ed ho constatato che malgrado i pesanti lavori agricoli, a cui attende, la cicatrice è piana, solida e lineare.

Nel seguire la tecnica indicata mi sono proposto di formare uno strato resistente sulla linea mediana, dove appunto era più necessario. La sutura dei lembi staccati dalla guaina dei retti rovesciati e ribattuti riuscì molto agevole e dette luogo ad una perfetta adesione. Lateralmente poi l'esistenza dei muscoli ben conservati e non allontanati tra loro garentiva una sufficiente contenzione.

La tecnica alla Mayo nel caso in esame, dove vi era una discreta perdita di continuo dell'aponevrosi avrebbe determinato una notevole trazione dei tessuti con pericolo di sezione di essi da parte dei fili di sutura: e ciò costituisce la limitazione del metodo.

Ritengo perciò di essermi ben regolato nell'eseguire la plastica a lembi su riportata.

RIASSUNTO.

In un caso di laparocele della linea mediana, l'A. ha sperimentato con successo un metodo personale di plastica, formando 2 lembi dalla pagina anteriore della guaina dei retti e suturandoli dopo averli ripiegati e ribattuti sulla deiscenza erniaria.

Per la bibliografia consultare:

R. STICK e M. MAKKAS. *Errori e pericoli nelle operazioni chirurgiche.* Trad. Italiana. Soc. Ed. Libraria, Milano, 1926, pag. 441.

Agosto, 1929.

Tumore del colon a sintomatologia febbrile.

Dott. LAURO LAUREATI.

Questo caso di tumore del colon che m'accingo ad illustrare è interessante per due punti: primo, perchè si è manifestato con la febbre, il che avviene molto di rado, stando a quel che riporta la letteratura dell'argomento; secondo, perchè questa febbre per vario

tempo ha costituito l'unica manifestazione sintomatica della neoplasia.

Passo senz'altro alla descrizione del caso:

S. Antonio, fu Carlo, di anni 67, di Castelletta (Fabriano), coniugato, possidente. Padre morto a 80 anni circa, di malattia caratterizzata da affanno, edemi, durata quasi due anni.

Madre morta a 40 anni di una affezione polmonare non bene precisata.

Una sorella del paziente è morta lo scorso inverno di bronco-polmonite, altri due fratelli sono viventi e sani. La moglie del paziente gode buona salute; ha avuto una sola gravidanza bene condotta a termine. L'unica figlia ha sofferto di dolori reumatici diffusi; è un soggetto artritico.

Il paziente a 18 anni soffrì di febbre di lunga durata, la quale fu diagnosticata febbre tifoidea. A 20 anni ebbe una pleurite essudativa destra: nello spazio di un mese il versamento, curato con l'applicazione di vescicatori, si riassorbì senza lasciare alcun disturbo. In seguito l'infermo è stato sempre bene. Da circa 6 anni si è accorto che le feci non erano formate e solide come di norma, ma s'erano fatte semiliquide; questo fatto non si è accompagnato nè a disturbi digestivi nè ad elevazione della temperatura. Qui va detto che l'infermo, senza essere una persona coltissima, è tuttavia abbastanza intelligente e riferisce con molta esattezza il suo male.

Non è stato mai in zona malarica. E' modico bevitore e mangiatore.

La malattia attuale ha inizio verso i primi di gennaio u. s., quando lo S., avendo avvertito un senso di calore, si pose a letto e costatò che il termometro segnava 37,8°. Nei giorni seguenti, questa febbre non scomparve più: la mattina rimetteva verso i 37,3°-37,5°, ma il dopo pranzo e la sera toccava i 38 gradi e talvolta i 38,5°. All'ipertermia non si accompagnava altro che un po' di calore: nè debolezza, nè cefalalgia, nè anoressia, nè alcun altro disturbo accusò l'infermo; alvo regolare con feci un po' più solide e formate che non per il passato, funzioni digestive ottime, non vomito, non borborigmi, urina limpida, non minzione notturna; in una parola soltanto febbre.

Io ebbi l'occasione di visitarlo verso la metà di marzo, perchè chiamato a vedere la moglie che era stata colta da una forma grave di broncopolmonite. Dopo che ebbi visitata la donna, lo S., il quale portava benissimo in piedi la sua ipertermia, mi parlò di questo strano comportamento della temperatura, e siccome io mi mostrava un po' incredulo, si mise il termometro e mi fece vedere che segnava 38 gradi.

All'esame dei vari organi cui procedei minuziosamente non mi risultò alcun reperto che desse ragione di questa febbre continuo-remittente che lo S. accusava. Nulla all'apparato respiratorio, nulla al cuore e ai grossi vasi, addome trattabilissimo ed indolente in tutti i quadranti, fegato e milza nei limiti; normali le varie sezioni del sistema nervoso. L'esame della gola negativo. Non linfoghiandole nelle comuni stazioni.

C'era da domandarsi da dove avesse origine la febbre. Il quale quesito non era certo semplice a sciogliersi. Un po' di lume diagnostico poteva portarlo un'emocoltura, una siero-diagnosi, ma queste ricerche furono allora impossibili sia per la lontananza del paese da un laboratorio, sia anche per l'inclemenza della stagione — in qualche punto, allora, la neve superava i 2 metri.

Date queste difficoltà e dato anche che questa febbre per il momento non dava risentimento dello stato generale — chè anzi il paziente si nutriva discretamente — credetti di soprassedere, aspettando che qualche sofferenza fisica o funzionale sopravvenisse a dare un'orientazione diagnostica.

In aprile rividi altre due volte l'infermo e lo trovai nelle medesime condizioni. Sempre, al momento dell'esame, la temperatura ascellare era sui 38 gradi.

Circa il 20 aprile cominciarono ad insorgere disturbi intestinali, caratterizzati da diarrea, quattro o cinque scariche al giorno di materiale giallastro commisto a filamenti mucosi, qualche doloretto addominale diffuso, senso di ripienezza al ventre, talvolta borborigmi. La lingua è coperta da una spessa patina biancastra; la digestione si fa difficile, compare pirosi, peso allo stomaco; soltanto l'appetito si conserva, ma il paziente nota che se mangia, aumentano la febbre e i disturbi digestivi.

Chiamato dopo qualche giorno che si è venuta stabilendo tale sintomatologia, trovo il paziente un po' emaciato, diminuito di peso, costretto a letto da una progrediente astenia: il ventre è



sempre trattabile, però nella regione ombelicale è un po' dolente, la pelle dell'addome si è fatta più floscia meglio sollevabile in grosse pieghe. Il fegato in alto arriva al quarto spazio intercostale (ottusità assoluta), in basso si palpa il bordo due dita al disotto dell'arcata costale, liscio, regolare, indolente.

Si pratica un esame radiologico il quale porta a questo risultato: 2-5-1929: Esame radiolo-

gico (Dott. D. Costantini). L'esame radioscopico del torace mostra i visceri in esso contenuti normali per forma e funzione.

L'esame radioscopico dell'addome non mette in evidenza alcuna ombra riferibile a calcolosi renale od epatica: non si osservano livelli liquidi, nè aree idro-gassose.

La somministrazione del pasto opaco mette in evidenza lo stomaco di forma e grandezza regolari: il polo inferiore nella stazione eretta giunge in basso al livello dell'ombelicale trasversa. Tono e peristalsi normali. Non si osservano segni radiologici riferibili a ulcera gastrica o duodenale, nè difetti di riempimento. Lo svuotamento si compie regolarmente entro limiti di tempo fisiologici.

Nulla a carico del tenue. L'appendice è riempita. Otto ore dopo il pasto il sale opaco ha raggiunto la flessura splenica del colon.

Il cieco è normale per posizione, forma, grandezza e mobilità passiva: il colon ascendente nella sua porzione superiore per un tratto di pochi centimetri si presenta con un calibro notevolmente ridotto, a margini irregolari il cui aspetto rimane immutato in tutte le manovre eseguite sotto il controllo dello schermo e nei radiogrammi. Il contenuto opaco dell'intestino progredisce ancora senza subire notevole ritardo, tanto che 18 ore dopo, il pasto è stato in parte evacuato, e in parte è contenuto nell'ampolla rettale.

Ritengo trattarsi di una stenosi organica del colon da carcinoma a manicotto.

Il decorso successivo confermò il reperto radiologico: s'andò istituendo uno stato di grande astenia, i disturbi intestinali andarono aumentando, l'infermo si fece cachettico. All'ipocondrio destro si rese man mano evidente una intumescenza grande quanto una arancia, dura, dolente. La temperatura ha sempre oscillato fra i 38 e i 39 gradi: mai è stata inferiore ai 38°. Il 27 luglio 1929 si ebbe l'*obitus*.

L'autopsia non fu accordata dalla famiglia.

Questa ipertermia a tipo continuo-remittente, che per un periodo di circa 4 mesi costituisce la sola estrinsecazione patologica del neoplasma, è indubbiamente assai interessante dal punto di vista clinico.

Esclusa la sifilide e la tubercolosi quali cause di febbre, per mancanza di qualunque altra manifestazione propria di queste malattie, escluse altre affezioni pirogene quali l'endocardite per difetto di segni auscultatori a carico del cuore, la setticemia cronica la quale s'esplica costantemente con ingrandimento di milza, la colite cronica, le affezioni epatiche, le affezioni dell'apparato urinario, della prostata, focolai suppurativi nei paraggi dell'ultimo tratto intestinale, la febbricola faringea, la febbre nevrosica, per i dati negativi dell'esame obiettivo; nel mio caso la continuità della febbre senza brivido, senza impegno dello stato generale e senza altri fenomeni obiettivi, il suo esacerbarsi man mano che progrediva e si rendeva manifesta la neoplasia, inoltre il complessivo andamento clinico rendono indubbia la sua origine.

Nel cancro dello stomaco e dell'intestino, la maggior parte degli autori ammette che possa esistere febbre.

Mering dice che in qualche caso si hanno dei movimenti febbrili, irregolari, intermittenti.

Grocco, nelle sue Lezioni di Clinica Medica, parla di « febbri che in verità si dànno, sia pure eccezionalmente, nel corso di processi cancerigni e sarcomatosi ».

Leube riferisce che uno stato febbrile solo in via eccezionale si presenta nelle forme di carcinoma gastrico.

Bozzolo, fra le febbri criptogenetiche, menziona le « febbri precancerose ».

Pescarolo sostiene che esiste febbre nei tumori anche indipendentemente da fenomeni infiammatori secondari e da fatti di necrosi.

Micheli è dell'opinione che la febbre possa esistere, benchè spesso i casi clinici, a seconda delle varie localizzazioni tumorali, possano offrire interessanti discussioni sull'origine della febbre stessa.

Gamna nota che « la febbre può anche iniziarsi precocemente, quando la sua presenza, essendo incerti o appena abbozzati i segni propri della malattia, induce ad altre ipotesi diagnostiche ».

La febbre sarebbe dovuta, secondo Strumpell, al riassorbimento di sostanze settiche dai tumori ulcerati.

Secondo Vanni ad infezione creata da germi che partono dai punti in isfacelo, talvolta però « al riassorbimento di materiali pirogeni costituiti da sostanze tossiche o detriti cellulari degli elementi neoplastici ».

Per Eichhorst si tratterebbe di febbre settica.

Charrin dice che « la febbre sopraggiunge nei cancerosi in seguito particolarmente ad una specie d'affezione secondaria ».

Nella produzione della febbre, Gamna ritiene che l'ulcerazione della proliferazione tumorale abbia molto minore importanza di quella che abitualmente le si attribuisce, anzitutto perchè è frequentissimo il reperto anatomopatologico d'un cancro ulcerato che in vita non ha dato febbre, in secondo luogo perchè non è raro un decorso febbrile in cancri non ulcerati. L'ulcerazione va considerata come un focolaio di eliminazione, piuttosto che un focolaio di assorbimento di materiali necrotici.

Talvolta può essere dovuta ad una setticemia che s'innesta su di un terreno le cui resistenze sono state menomate dal tumore. Gamna riferisce di tre casi in cui ad un tumore

preesistente si sovrappose una lesione endocarditica; in un altro caso si trattò di una pericardite suppurativa, in altri quattro casi di pericardite fibrinosa. Queste complicazioni giustificano la febbre.

Altre volte la febbre è dovuta alla propagazione del neoplasma negli organi vicini o nel peritoneo ed allora si accompagna ad una sindrome addominale.

In altri casi non ben definiti la febbre non trova la sua spiegazione. È ancora il Gamna che riporta due casi, uno in cui la febbre fu il segno precoce del cancro, e l'altro in cui la febbre comparve insieme col quadro clinico del cancro gastrico.

Secondo Tscherning la febbre può essere sintoma precoce di cancro del colon, prima di ogni altro disturbo digestivo; la sintomatologia intestinale si può fare attendere anche un anno.

In questi casi in cui indiscutibilmente il tumore ha di per sè una azione pirogena, non è facile dare la spiegazione del meccanismo con cui la febbre si produce.

Qualche autore ha imputato la febbre ai parassiti, considerati agenti etiologici dei neoplasmi maligni.

Potrebbe essere chiamato in causa l'assorbimento di prodotti ad azione febbrigena, originati da piccoli processi di emorragia, di rammollimento, di necrosi, i quali avvengono di frequente in piena massa neoplastica.

Ceconi incolpa le tossine cancerigne; ma allora la febbre dovrebbe verificarsi con frequenza molto maggiore.

Più a ragione Ascoli V. e Ferrio spiegano la febbre carcinomatosa con l'assorbimento di materiali di autolisi, il quale assorbimento si presenta di caso in caso molto variabile per intensità e per grado.

Nel mio malato, esclusa la complicanza infettiva a tipo settico ed ogni malattia intercorrente al cancro per esserne mancati i segni clinici; escluso l'interessamento del peritoneo, almeno stando ai fenomeni subiettivi ed obiettivi presentati dall'infermo; non rimane che interpretare la febbre come una manifestazione in stretta dipendenza della proliferazione blastomatosa.

Da ciò scaturisce l'insegnamento che in un individuo attempato affetto per qualche tempo da una febbre che non trova spiegazione nelle comuni cause febbrigene, si debba prospettarsi anche l'ipotesi d'un neoplasma latente.

RIASSUNTO.

L'A. presenta un caso di carcinoma del colon manifestatosi per un periodo di tempo con la sola febbre. Riporta le teorie che sono state emesse per spiegare la genesi della febbre nei tumori. Nel suo caso è dell'opinione che la febbre sia dovuta esclusivamente al tumore.

Fabriano, agosto 1929 - A. VII.

BIBLIOGRAFIA.

Bozzolo. Relazione al XIV Congresso di medicina interna, 1904.

Charrin. *Nozioni di patogenesi applicata.* F. Vallardi, Milano.

Eichhorst. *Trattato di Patologia e Terapia speciale.*

Gamna. *Rilievi clinici sul cancro dello stomaco.* Rassegna Clinico Scientifica, Anno VII, n. 3.

Grocco. *Lezioni di Clinica Medica.* F. Vallardi, Milano.

Leube. *Diagnostica speciale delle malattie interne.* Ibid.

Mering. *Malattie dell'apparato digerente.* Soc. Ed. Libraria, Milano.

Pescarolo. Minerva Medica, gennaio 1927.

Richard C. Cabot. *Diagnosi differenziale.* Soc. Ed. Libraria, Milano, 1916.

Strümpell. *Trattato di Patologia Speciale Medica.* Vol. I, parte 2. F. Vallardi, 1922.

Tscherning. Münch. Med. Woch., 1928, n. 26.

DALLA PRATICA CORRENTE.

RR. Spedali Riuniti di San Miniato.

Sull'avvelenamento da morso di vipera

per il dott. Enzo Bellini, aiuto.

Data la relativa rarità di avvelenamento da morso di vipera nelle nostre regioni, ho creduto non privo di un certo interesse l'illustrare, più che altro sotto il punto di vista clinico, i casi qui sotto riferiti che sono stati osservati di recente in questo Ospedale.

Secondo le descrizioni classiche i sintomi clinici dell'avvelenamento da morso di vipera si possono distinguere in locali e generali.

Fra i primi abbiamo:

1) il dolore trafittivo causato dai denti che penetrano nelle carni. Esso si fa poi urente, nel tempo stesso che propagandosi lungo i tronchi nervosi si estende a tutta la parte; la quale in ultimo col progredire dei fenomeni dell'avvelenamento può divenire quasi insensibile;

2) la tumefazione, che modica all'inizio si accentua poi sempre più fino a far perdere alla regione la normale configurazione anatomica;

3) l'aspetto della ferita, la quale risulta caratteristicamente formata da due piccole soluzioni di continuo della cute molto vicine fra loro; corrispondenti ai fori fatti dai denti che iniettano il veleno;

4) il colorito della parte che è da prima rosso acceso, lucente ed in seguito si fa violaceo, per divenire in ultimo quasi livido;

5) la temperatura della parte morsicata, che aumenta parallelamente alla tumefazione e dopo raggiunto un certo limite, comincia a diminuire fino a divenire minore del rimanente del corpo;

6) l'adenopatia dei gangli linfatici corrispondenti al punto morsicato, la quale è sempre costante e già evidente dopo pochissime ore.

Fra i sintomi generali dobbiamo prima di tutto far notare che spesso il paziente, mentre è ancora vivo il dolore provocato dal morso, avverte come una vampata di caldo che in pochissimi istanti si propaga a tutto il corpo.

Gli occhi si fanno rossi e lacrimosi, compaiono nausea, vomito, capogiri; il paziente per non cadere è costretto a sedersi.

Cessato questo primo periodo, l'ammalato avverte una sete intensa e dopo due o tre ore, è in uno stato di completa prostrazione, con sudori freddi, dispnea.

Aggravandosi sempre più le condizioni generali, si ha rilasciamento dello sfintere anale e vescicale, la temperatura scende al di sotto della norma, il polso diviene piccolo ed intermittente, la dispnea si accentua.

In questo periodo può verificarsi la morte per arresto del respiro, mentre il cuore continua a battere ancora per qualche minuto.

Più spesso però questi gravi sintomi generali compaiono solamente in parte e vanno gradatamente dileguandosi in modo tale, che in 24-36 ore è possibile di dichiarare il paziente fuori pericolo.

Fra i varî fattori che possono influenzare la prognosi credo sia utile ricordare specialmente i seguenti:

1) la quantità del veleno iniettato con il morso; la quale è in rapporto con la grossezza del corpo della vipera. (Nei nostri paesi una vipera di lunghezza comune emette con un morso una quantità di veleno di circa gr. 0,1). Inoltre la quantità del veleno varia a seconda che l'animale abbia o non abbia morso poco tempo prima;

2) la tossicità del veleno la quale varia assa nei diversi generi ed è massima nella Vipera Russelii che vive nelle Indie Orientali, mentre è molto minore nella Vipera Aspis (Vipera del Redi), che è la più comune fra noi. In uno stesso animale la tossicità del veleno dipende inoltre molto dalla temperatura esterna, essendo assai maggiore durante i mesi più caldi;

3) il peso corporeo e quindi indirettamente l'età dell'individuo che è stato morso. Infatti tutti gli autori sono concordi nel dire che i casi mortali sono molto più frequenti nei bambini che non nelle persone adulte;

4) la durata del tempo che il paziente ha trascorso prima che gli vengano praticate le cure del caso.

Non sembra abbia influenza la sede della morsicatura.

La mortalità globale si aggira nel caso della Vipera Aspis sul 2-4 %.

La terapia evidentemente deve mirare a:

I) ostacolare l'assorbimento del veleno;

II) affrettare l'eliminazione del veleno già assorbito;

III) combattere con i mezzi più opportuni gli effetti del veleno stesso.

Per rendere meno rapido l'assorbimento del veleno si raccomanda quando sia possibile (come nel caso di morsicatura di un arto) di applicare una legatura al di sopra del punto colpito.

Questa legatura non deve essere mantenuta per troppo tempo senza interruzione per non causare danni più o meno gravi alla nutrizione dei tessuti.

Si consiglia inoltre di succhiare sangue dalla ferita subito dopo il morso. Volendo compiere tale atto bisogna essere bene sicuri che non esistono soluzioni di continuo nella mucosa delle labbra e della bocca; è bene sputare subito il sangue succhiato, ma se una piccola parte venisse accidentalmente deglutita, ciò non può avere importanza, perchè il veleno introdotto per il tubo digerente non riesce tossico.

È consigliabile anche di sbrigliare la ferita nn modo da fare uscire abbondantemente del sangue.

Poichè il veleno assorbito viene eliminato a quanto pare da più ghiandole e principalmente dai reni e dal tubo digerente, è opportuno di somministrare al paziente un purgante, un clistere ed abbondanti bevande calde (caffè, ecc.), le quali oltre che da lavaggio servono ad eccitare la funzione del cuore e dei reni.

Per combattere poi gli effetti dell'avvelenamento si debbono praticare iniezioni ipodermiche di canfora, caffeina, stricnina, in modo da stimolare i centri nervosi che più specialmente sono attaccati dai veleni ofidici.

Si è pensato anche di modificare in via chimica il veleno già *in situ* con iniezioni locali di sostanze che come l'acqua clorurata, il permanganato di K, il nitrato di argento ed altre soluzioni fortemente ossidanti hanno, almeno *in vitro*, la proprietà di neutralizzare il veleno dei serpenti.

Alcuni autori consigliano invece di praticare con queste soluzioni degli impacchi, sopra la parte morsicata, e questa pratica credo sia giustificata solamente, se si ammette l'assorbimento cutaneo di dette sostanze.

Recentemente Calmette è riuscito a trovare un siero efficace contro il veleno dei serpenti. Tale siero è stato per prima preparato dall'Istituto Pasteur di Lilla e sembra abbia fatto buona prova, tanto che ora in India è largamente adoperato dal Governo inglese.

***

Prima di passare a descrivere i casi da me osservati premetto che ogni volta è stato possibile identificare la vipera stessa che ci è stata mostrata uccisa.

CASO I. — L. V., di anni 77, celibe, da S. Miniato.

Niente di notevole nei precedenti. Il paziente ci racconta che circa tre ore prima è stato morsicato da una vipera alla mano sinistra.

Si presenta assai depresso, abbattuto, ha avuto più volte vomito di materiale liquido, verdastro. Polso ritmico, regolare. Temperatura 37.5.

Sopra il lato dorsale del secondo dito della mano sinistra si osservano due piccoli fori caratteristici.

La mano è fortemente edematosa e dolente. Strie di linfangite risalgono lungo l'avambraccio fino al gomito.

Le linfoglandole epitrocleari ed ascellari si presentano tumefatte e dolenti.

Si pratica lo sbrigliamento e la cauterizzazione della ferita. Si fanno impacchi con soluzione di permanganato di K ed iniezioni eccitanti (caffeina, canfora); si somministra un purgante. In poche ore i fenomeni generali e locali regrediscono.

La temperatura cade nelle prime 48 ore.

Il paziente è dimesso in perfetta salute al quinto giorno.

CASO II. — S. C., di anni 16, nubile, da Bucciano (S. Miniato).

Riferisce che circa due ore prima è stata morsicata da una vipera al piede sinistro. La paziente si lamenta per dei brividi di freddo. Per due volte ha avuto vomito. Polso ritmico e regolare. Temperatura 37.2. Sotto la pianta del piede si nota una piccola ferita.

Esiste edema che risale in alto fino al ginocchio. La gamba ha un colorito rosso lucente. Le linfoghiandole inguinali sono poco tumefatte ma dolenti alla palpazione.

Terapia come nel caso precedente. La temperatura che non ha mai sorpassato il 38° torna alla norma al quarto giorno; al settimo la paziente lascia l'Ospedale.

CASO III. — M. A., di anni 19, nubile, da Balconevisi (S. Miniato). Dice di essere stata morsicata da una vipera al piede destro da circa due ore. Sulla faccia dorsale del piede si vede la caratteristica ferita. Tutta la gamba è tumefatta, meno lo è invece la coscia, l'una e l'altra sono dolenti e dolorabili. Il piede presenta un colorito rosso violaceo ed è lucente.

Le linfoghiandole inguinali sono tumefatte e dolenti. Ha già avuto per tre volte vomito. Polso ritmico, regolare, pulsazioni 78. Temperatura 38.1.

Terapia come nei casi precedenti.

Dopo circa due ore la paziente emette 55 cmc. di urina che non presenta niente di patologico. Dopo cinque ore compare nuovamente vomito. Dopo 48 ore la febbre cede completamente. È da notare che al terzo giorno, mentre le condizioni generali andavano migliorando e la tumefazione dell'arto era molto diminuita, comparve in corrispondenza del triangolo di Scarpa un piccolo stravaso sanguigno.

La paziente esce dall'ospedale la sera del quarto giorno.

***

In conclusione, da quanto risulta dalla letteratura medica in argomento ed anche dall'esame dei casi sopra riferiti credo si possono trarre le seguenti considerazioni:

Per la diagnosi, si deve prendere nella massima considerazione l'aspetto della ferita e la descrizione che il paziente ci fa dell'animale dal quale è stato morso.

La vipera nostrale, Vipera Aspis, si distingue assai facilmente per il suo muso schiacciato ed un po' volto in sù e perchè sul dorso porta delle macchie brune o nere, irregolari, disposte su quattro righe longitudinali.

Allorquando, come nei nostri casi, sia possibile di osservare l'animale, ogni dubbio viene a cadere.

Per quanto riguarda la sintomatologia è da notare che in nessuno dei nostri casi abbiamo notato il forte assopimento che alcuni autori ritengono come caratteristico del morso della vipera. È questo del resto un fatto già osservato dal Cattaneo e, come giustamente egli scrive, si tratta solamente di un falso sopore; più che altro gli ammalati sono come atterriti per quanto è loro accaduto.

In tutti vi è stato vomito insistente che nel terzo caso si è ripetuto a distanza di cinque ore.

La febbre è stata costante per quanto poco elevata e di breve durata.

L'edema dell'arto colpito è sempre stato assai considerevole.

Nel terzo caso si è verificato a tre giorni di distanza dalla morsicatura uno stravaso sanguigno nell'arto colpito.

La funzione cardiaca e respiratoria non sono mai state considerevolmente modificate; ciò credo dipenda dal fatto che sempre fu possibile di prestare al paziente le opportune cure, prima che il veleno potesse far sentire la sua azione sopra i centri nervosi.

Per le terapia, pur non potendo dare alcun giudizio sull'efficacia del siero trovato da Calmette e che non ho mai avuto l'opportunità di adoperare, ritengo che, quando ne siamo sprovvisti (cosa questa non difficile a verificarsi nelle campagne), si possa con fiducia ricorrere alla cura sopra descritta. E la utilità

di essa lo dimostra il fatto che in tutti i casi si ebbe in breve tempo un notevole miglioramento, nonostante che una volta ci trovassimo dinanzi ad un vecchio di 77 anni, che era stato morsicato nel mese di agosto; cioè nel periodo che, come già abbiamo rilevato, maggiore è la tossicità del veleno della vipera.

A riguardo della prognosi ritengo che nella maggior parte dei casi il morso della vipera nostrale non sia molto pericoloso, specialmente quando si possa intervenire con una adatta terapia, prima che la funzionalità cardiaca e respiratoria abbia subìto una notevole compromissione.

RIASSUNTO.

L'A. illustra tre casi di avvelenamento da morso di vipera e basandosi sopra quanto è stato pubblicato sull'argomento e sopra i casi osservati, fa alcune considerazioni diagnostiche, prognostiche e curative.

DISCUSSIONI E COMMENTI.

A proposito di resezione di stomaco per « via superiore ».

Con le brevi, obbiettive osservazioni da me fatte, nel consenso di tutta l'assemblea dell'ultimo nostro Congresso di chirurgia — a proposito della cosidetta gastrectomia per via superiore del prof. Egidi — credevo di avere esaurita ogni discussione.

Ma il prof. Egidi ha creduto opportuno di pubblicare nelle colonne del *Policlinico* i chiarimenti che non mi dette nel momento della sua comunicazione, onde sono obbligato a rispondergli. Il che farò con concisione chirurgica.

È bene premettere che chi legge « gastrectomia per via superiore » secondo la terminologia Egidi, deve intendere non già che vi possa essere « una gastrectomia per via inferiore » bensì che dopo la gastrectomia, l'anastomosi gastro-digiunale si faccia « per via superiore » cioè al di sopra del mesocolon, e più precisamente facendo passare attraverso un occhiello scolpito nel mesocolon l'ansa digiunale destinata all'anastomosi. In termini poveri, ma più semplici e quindi più comprensibili, si tratta di una gastrectomia con anastomosi gastrodigiunale transmesocolica.

E dicendo così, si capisce che è l'ansa digiunale che risale attraverso la breccia mesocolica, non che il moncone gastrico discende attraverso la breccia mesocolica stessa.

Questo procedimento — io affermai allora e confermo oggi — è praticato da moltissimi chirurgi nostri e stranieri ed è illustrato in numerosi disegni cogniti ai chirurgi. Citai Pauchet, de Martel, ecc., riferendomi all'ultimo Congresso francese di chirurgia, che come è noto si era tenuto due settimane prima del nostro Congresso, come alla riunione chirurgica più vicina alla nostra, nella quale simili tecniche erano state largamente applicate nelle consuete sedute operatorie.

Che cosa sia andato cercando nelle figure del Pauchet l'Egidi, non ho capito; come non ho capito che voglia intendere l'Egidi quando dice che « anzichè chiudere la breccia mesocolica (come il Pauchet) parlava di aprirla ». Che forse l'Egidi, dopo averla aperta per farvi passare l'ansa digiunale, non chiude la breccia mesocolica?

Crede proprio il prof. Egidi che si sia autorizzati a parlare di gastrectomia per via superiore come di un procedimento nuovo, sol perchè, dopo una comune resezione gastrica per ricercare l'ansa duodeno-digiunale si è praticato un occhiello nel mesocolon aggredendo questo dalla parte del foglietto superiore senza toccare il colon trasverso?

E non lo ha dovuto comunque toccare questo colon per farsi strada, in caso di resezione, nella retrocavità degli epiploon? Sollevare il colon trasverso, distendere il mesocolon significa vedere, identificare subito l'ansa duodeno-digiunale: far l'occhiello nel meso, di sopra o di sotto è cosa senza importanza, come l'Egidi stesso riconosce. E allora quali sarebbero le manovre sottocoliche che egli vorrebbe evitare? E non insisto sul fatto evidente che se anche la proposta Egidi di non toccare il colon fosse originale sarebbe tra l'altro da rigettare perchè c'è differenza somma fra l'operare nel fondo della cavità addominale o fuori di essa.

Questi furono i concetti che io svolsi dinanzi al Congresso.

Io feci ancora qualche altro rilievo.

Difatti l'Egidi descrisse la sua gastrectomia come una Billroth II, e ne proiettò disegni e radiografie a documento. Ed anche nella sua pubblicazione polemica resta dello stesso parere. Ora io gli dimostrai che disegni e radiografie da lui presentati corrispondevano non alla Billroth II, ma alla Polya.

Per quanto riguarda poi la sutura invergente proposta dall'Egidi devo osservare che egli è caduto in equivoco, perchè forse non intese bene quello che io affermai al Congresso.

Io non dissi che la sua sutura era quella del Soresi. Dissi invece che la sua sutura era una imitazione imperfetta del punto di 'O Connel. Ed aggiunsi che questo punto, ben noto

ai chirurgi, non era soltanto prezioso per il carattere invergente della sutura (come opinava, per lo meno in quel momento, l'Egidi) bensì per la sua efficacia emostatica.

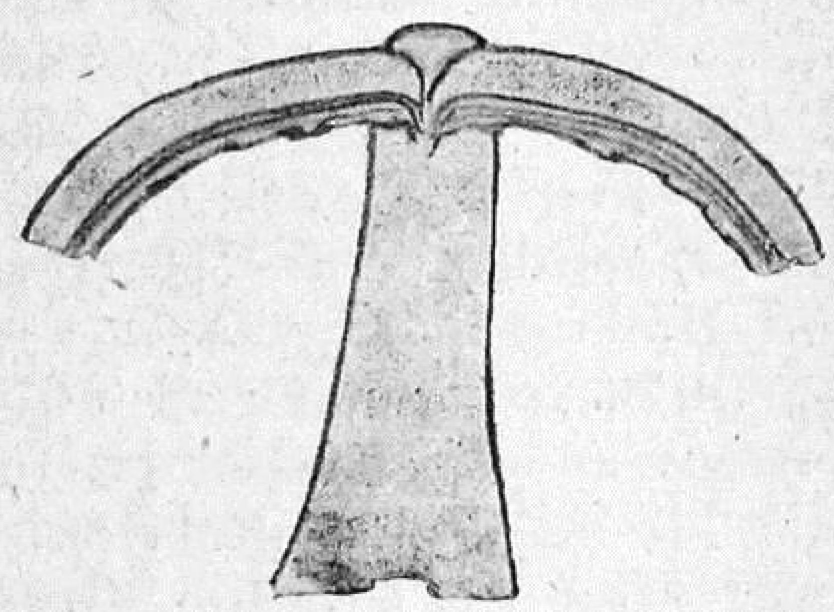
E sotto questo aspetto, soggiunsi, il punto di 'O Connel è meglio sostituito dal punto del Soresi. Si capisce perciò che l'Egidi non abbia trovato rispondente la sua figura di sutura a quella del Soresi pubblicata dal Pauchet.

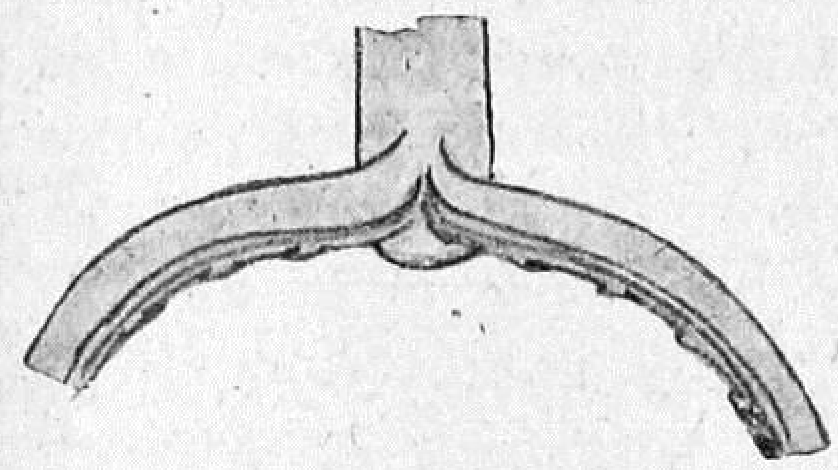
Non mi par necessario aggiungere di più: attenderò la pubblicazione integrale dell'Egidi nella speranza di poterlo meglio comprendere.

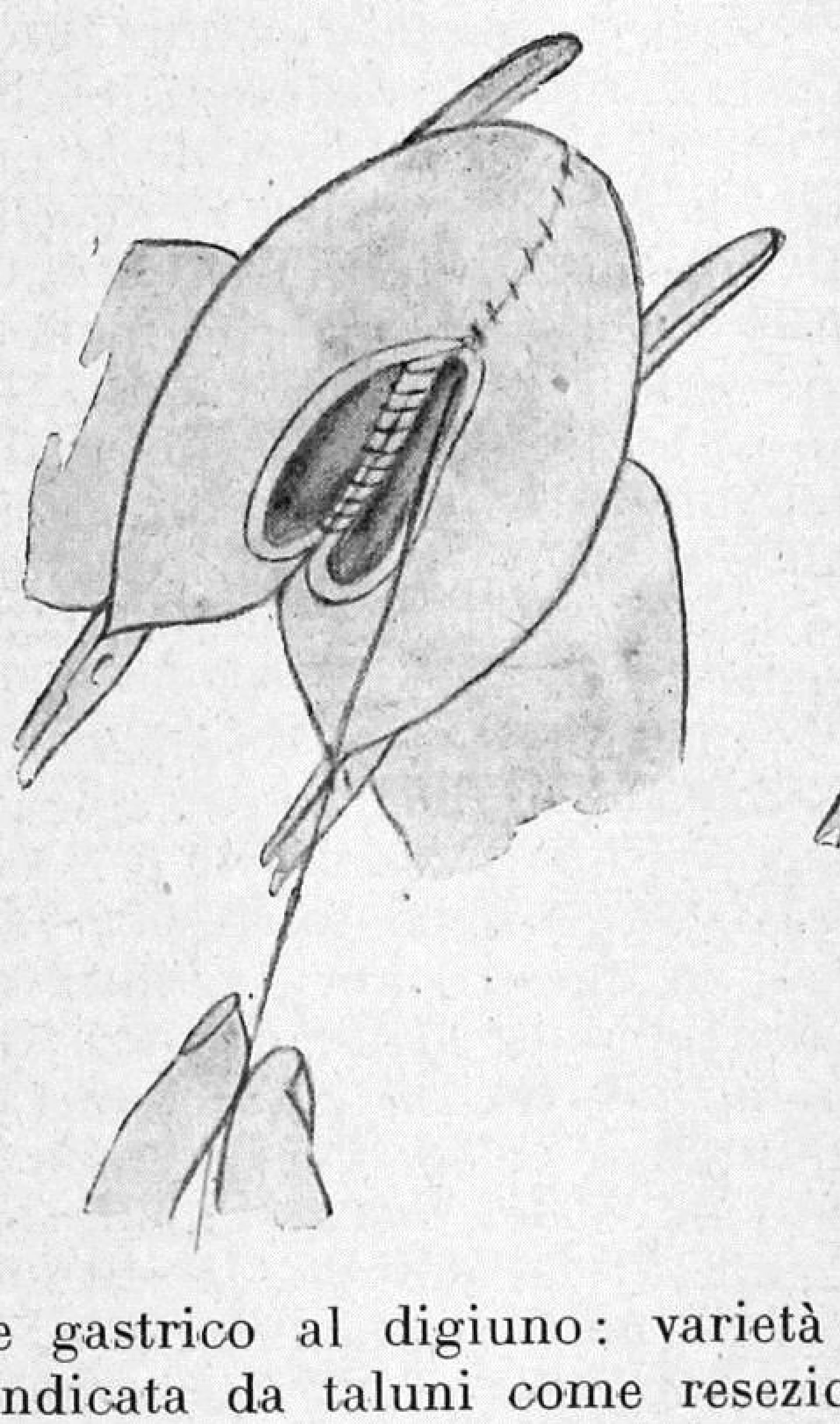
R. CHIAROLANZA.

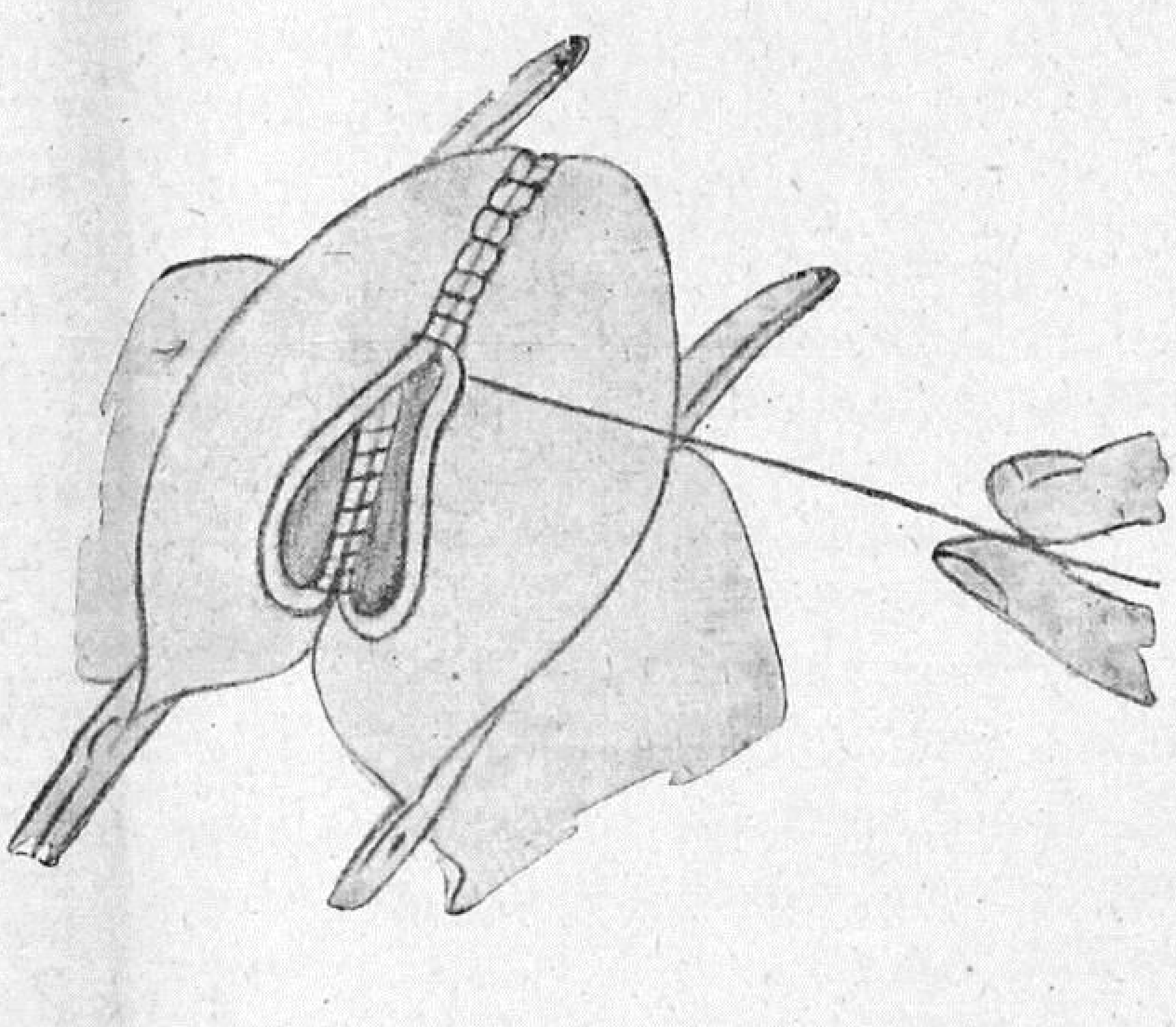
*
* *

Quella che io illustrai con proiezioni non era la cosiddetta operazione di Polya. Questa è una resezione seguìta da congiunzione *oralis totalis*









del moncone gastrico al digiuno: varietà di Billroth II indicata da taluni come resezione secondo Kroenlein, Graser, Sasse, Hofmeister, Reichel, Polya, Finsterer.

Quella della quale io feci fare le proiezioni è una Billroth II seguìta da congiunzione *semioralis* del moncone gastrico al digiuno: deriva da un'idea di von Hacker e viene di solito indicata coi nomi di Kroenlein-Mikulicz (*Zentralblatt fuer Chirurgie*, 1929, 12 October, N. 41, S. 2605. Eiselsberg: « Zur Benennung der Magenresektion »).

Io la indicai come Billroth II perchè, come dissi al Congresso, volevo aderire alla proposta di v. Eiselsberg di usare per la resezione di stomaco una denominazione che contenesse il nome del suo ideatore. Altri ed illustri (Woelfler, Bier, ecc.) avevano già lamentato che il nome grande di Billroth andasse quasi confuso con quello dei molti che alla sua operazione avevano apportato piccole variazioni!

La resezione di stomaco seguìta da anastomosi gastrodigiunale transmesocolica è operazione classica ed antica, cosicchè molti e, se vuoi, moltissimi possono averla praticata!

Ma ciò a me non importa.

Io volli solo segnalare al Congresso, senza peraltro aver la pretesa di raccomandarlo ad alcuno, che: 1) nel corso di una resezione si può raggiungere la prima ansa del digiuno *senza rimuovere il colon trasverso dalla sua sede e senza compiere alcuna manovra sotto-*

colica; 2) indicare il modo; 3) accennare a qualche risultato.

A ricercar nei libri del Pauchet mi ha spinto il prof. Chiarolanza con le sue affermazioni; contro le quali posso oggi dire con sicurezza che quanto ebbi l'onore di comunicare al Congresso nulla aveva a che fare con quanto il Pauchet ed il Soresi avessero scritto od illustrato.

La sutura della quale io feci fare delle proiezioni non è modificazione di alcuna altra sutura e perciò nemmeno di quella di O' Connel: è la sutura normale a tutto spessore dell'intestino. È venuta alla luce spontaneamente lavorando nel vecchio Ospedale di S. Giacomo ed è per ricordare la sua origine autoctona, in confronto di quelle transmontane o transmarine, che io ed i miei assistenti la chiamiamo *sutura S. Giacomo.*

Poichè di essa si è già troppo parlato senza dire in che consista, mi sia lecito descriverla.

La sutura anteriore di un'anastomosi deve, se è possibile, essere invertente della mucosa così come lo è naturalmente la posteriore. Nelle suture abituali anteriori si formano prolassi di mucosa tra punto e punto, perchè, senza accorgercene, facciamo la sutura anteriore in senso inverso a quello nel quale abbiamo fatto la sutura posteriore. In ambedue i casi, prima di tirare il punto, traversiamo le pareti dei due visceri che vogliamo unire; ma nelle suture posteriori l'ago entra dalla faccia mucosa di un viscere ed esce dalla faccia mucosa dell'altro; poi il filo viene teso. Allora le superfici di taglio dei visceri si dispongono come nella figura in alto a sinistra: cioè bene. Quando invece facciamo la sutura anteriore, è più comodo far entrar l'ago dalla faccia sierosa di un viscere e farlo uscire dalla faccia sierosa dell'altro e poi tendere il filo. Ecco perchè le superfici di taglio dei visceri si dispongono come nella figura in alto a destra: cioè male.

Se prendiamo cura di non cambiare il verso del punto, la sutura anteriore riesce bene come la posteriore: è cioè introflettente ed emostatica.

Sono state ideate diverse suture invertenti (Apolito, Halstead, O' Connel, Schmieden, Pribram, ecc.); a me pare che non siano superiori alla sutura posteriore ordinaria. E siccome se ne può fare una eguale anche anteriormente, io faccio questa.

L'unica regola da ricordare per eseguirla è di tendere ad ogni punto il filo quando esce dalla superficie mucosa.

Un po' di esercizio e l'addestramento ad usar la mano sinistra nei passaggi più scomodi rendono agevole la sutura anteriore come la posteriore.

La descrizione riferita, che comparirà negli Atti del Congresso, farà anche parte di un piccolo Atlante di Punti e Nodi Chirurgici che è in via di pubblicazione per i tipi di Luigi Pozzi, Roma, via Sistina 14.

Dott. GUIDO EGIDI.

SUNTI E RASSEGNE.

RENI.

Le azotemie senza significato diagnostico e pronostico.

(L. FIESSINGER. *Journ. des praticiens,* 14 settembre 1929).

Qualsiasi indicazione numerica dà luogo, in patologia, ad errori di interpetrazione. Dopo un periodo di dubbio, si arriva ad un entusiasmo inconsiderato, per cui una legge enunciata su una base numerica è applicata malamente a casi non preveduti, cozza quindi contro i fatti e sembra che voglia infrangersi al loro contatto. Così, da una cattiva applicazione dei suoi principi, ne deriva uno scetticismo sistematico. Troppo spesso, purtroppo, nella nostra fede di medici, interviene il principio del « tutto o nulla » e noi dimentichiamo che in una scienza tanto complessa ed imprecisa come la nostra, la verità non può essere nè assoluta nè definitiva.

Nessun argomento quanto l'azotemia, è tanto opportuno per dimostrare le evoluzioni di quella che alcuni hanno, male a proposito, chiamato la « moda medica ». Widal, in una delle sue luminose sintesi, ha mostrato il valore pronostico dell'azotemia. Normale, al disotto di 0,50, essa si eleva nelle nefriti, in ragione dell'impermeabilità di questo organo, sicchè una azotemia di 1-2 grammi dimostra che il parenchima è affetto in modo certamente grave; da 2 a 4 grammi, la gravità è molto maggiore e la sopravvivenza più breve.

I rilievi fatti da Widal non costituiscono l'enunciato di una legge; egli era troppo clinico per non avvertire il pericolo di ogni affermazione troppo categorica. Ad ogni modo però, in questi rilievi, si intravede la nozione della prognosi nelle nefriti, tanto più grave quanto più elevata è l'azotemia fra questi due limiti di g. 0,50 e 6. Nozione che, nel concetto di Widal, non si applica che a processi cronici e che deve essere basata su determinazioni fatte ripetutamente ad intervalli distanziati, nelle quali l'azotemia deve trovarsi sempre nelle stesse cifre od in modo progressivo. L'analisi dei fatti mostrò a Widal ed ai suoi allievi che vi sono delle azotemie transitorie, di cui la prognosi non è sottomessa a nessuna regola. Sono questi fatti che hanno

incominciato a fare dubitare delle deduzioni di Widal. Recentemente, la scoperta delle azotemie per mancanza di sale, fatta da Blum, dimostrando nel determinismo dell'azotemia l'intervento di altri fattori oltre a quello renale, è stato un argomento critico importante per far vacillare l'edificio pronostico delle azotemie. Ora, si deve rilevare che tale edificio è tuttora solido e che le osservazioni moderne, isolando delle azotemie senza valore pronostico, non hanno che consolidato il valore delle altre. I fatti vanno discriminati, valutati scientificamente, senza perdere mai il contatto con la clinica.

LE AZOTEMIE MINIME E VARIABILI.

Vi sono individui con azotemie oscillanti fra 0,45 (limite normale) e 0,65; essi non hanno albuminuria, nè ipertensione, nè segni di evoluzione della nefrite. Può darsi che tali azotemie minime siano il preludio di una lesione renale, ma per ammettere questa, si devono trovare altri segni; e non si deve istituire troppo presto un regime molto severo che, per il *deficit* in sale o per il dimagrimento progressivo che provoca, accentua ancora tale azotemia. Soltanto un'osservazione prolungata con un regime azotato senza eccesso, ma sufficiente come apporto di calorie, permetterà di mettere in rilievo la partecipazione renale. Si osservano queste azotemie in individui artritici affetti da quella forma di insufficienza renale che si chiama fegato torpido.

Bisogna poi tener conto dei possibili errori tecnici chimici fatti dal laboratorio di analisi, di errori di prelevamento (evitare di prendere il sangue dopo i pasti, fare la presa al mattino dopo una piccola colazione in cui vi sia compreso un bicchiere d'acqua). Si tenga presente che, soprattutto per i valori minimi, l'azotemia varia nel corso della giornata secondo le tappe dell'assorbimento proteico e quelle della funzione epatica.

Per queste azotemie leggere, ha grande valore la costante di Ambard, la quale deve essere però stabilita in modo assai preciso. A tale scopo si tenga presente la necessità di praticare le prese dopo un pasto leggero, contenente almeno 300 cmc. di acqua e di svuotare completamente la vescica, prima e dopo la presa (cosa non sempre facile soprattutto nella donna e nei prostatici).

Nella costante di Ambard, vi è poi un'altra possibile causa di errore, non più pratico, ma scientifico. È oggi dimostrato che nel rene, anche in vicinanza dei tubuli uriniferi, l'urea può essere trasformata in ammoniaca in rapporto con l'eliminazione acida. Ora, ogni alimentazione carica in proteidi aumenta l'eliminazione acida e costituisce quindi una causa di errore nella determinazione dell'urea. Da ciò la necessità di dare sempre un pasto costante prima delle prese dei campioni di sangue e di urina ed il fatto che la costante si eleva con i regimi troppo severi che aumentano la denutrizione per acidosi.

Risulta quindi che la costante di Ambard è di interpetrazione delicata e che non si deve stabilire troppo alla leggera un regime molto severo sulla semplice base di una costante di 0,10-0,12. L'A. ha avuto occasione di vedere degli individui con una costante di 0,10, una pressione di 181, senza albuminuria nè azotemia messi ad un regime dei più severi ipoproteico ed ipoclorurato, che vanno incontro a dimagrimento, perdita di forze, diminuzione di attività. Basta allora mettere tali individui a regime normale, con 4 grammi di sale e 100 grammi di carne o formaggio e rifare la costante, al mattino, dopo aver fatto bere dell'acqua e prelevando l'urina con catetere svuotando la vescica prima di iniziare la prova; ciò allo scopo di vedere se la ripresa dei proteidi fa aumentare la costante; spesso invece si osserva il contrario.

È quindi necessario che il regime consigliato in seguito a prove di laboratorio sia stabilito con criterio, in modo che esso non provochi nè denutrizione, nè aggravamento delle condizioni, tenendo presente che la dieta severa provoca una desintegrazione azotata organica, la quale avvicina il metabolismo alle condizioni del regime normale.

LE AZOTEMIE PER MANCANZA DI SALE.

Non dipendono dalla lesione renale e possono raggiungere delle cifre elevate, anche di 2-4 grammi. Per la distinzione di queste da quelle realmente renali, sono importanti gli argomenti clinici: assenza di albuminuria, di cilindri urinari, ipotensione arteriosa, non rumore di galoppo, regime deficitario di cloruro di sodio mantenuto da lungo tempo; il laboratorio proverà l'ipocloremia (quantità normale in cloro per litro di sangue, g. 3,60).

Si comprende l'importanza di questa nozione. In uno stato renale frusto, la prescrizione di un regime declorurato può dare l'azotemia che poi si considera di origine renale. In tali casi, si può avere il sospetto che l'azotemia dipenda dal regime, rilevando la presenza dell'ipotensione; si tenta allora una clorurazione progressiva. Il fatto poi non si produce quando si utilizzi il regime declorurato soltanto nella sua netta indicazione, cioè la nefrite idropigena. Quando non vi sono edemi, la declorurazione agisce diminuendo l'appetito e portando la denutrizione costante che può fare abbassare la tensione arteriosa, ma che diminuisce altresì la resistenza dei malati ed aumenta l'azotemia.

Vi sono anche azotemie dovute a declorurazione dell'organismo, per vomiti e diarree incoercibili (diarree infettive o tossiche, intossicazioni alimentari). In tali casi, si può incorrere nell'errore di diagnosticare un'uremia digestiva dovuta ad una causa minima, errore che si evita quando si conosca lo stato renale

anteriore. È ben difficile, di fatto, osservare un malato allo stato di vomiti e di azotemia, senza alcun antecedente. La presenza di albumina, di rumore di galoppo, indi di ipertrofia del ventricolo sinistro, di elevata tensione arteriosa sono assai utili per riconoscere la lesione renale. Del resto, in tali casi, si provi con prudenza l'iniezione di siero salato, che diminuisce rapidamente l'azotemia, quando essa sia dovuta all'emissione gastrica od intestinale di cloruro di sodio.

L'A. riporta l'osservazione di un individuo che, in seguito ad intossicazione alimentare aveva avuto vomiti incessanti e diarree profuse; si stabilì un'anuria ed un'azotemia che salì in 8 giorni, a 5 grammi, con uno stato generale del tutto simile a quello di una grave uremia. Si ebbe poi una crisi urinaria dapprima acquosa e poi azotata; urina con albumina, emazie e cilindri. Da ciò, la conclusione che l'azotemia della declorurazione esagerata per l'effetto della congestione renale, si era trasformata in una sindrome tossica endogena. In tal caso, l'azotemia era dovuta non alla sola ipocloruremia, ma anche ad una lesione renale indiscutibile.

Le azotemie delle nefriti congestizie acute.

Sono le azotemie transitorie di Widal, dovute all'alterazione della permeabilità azotata, in seguito ad un processo acuto renale. In tali casi, come p. es., nell'anuria post-cloroformica i vomiti (eventualmente la diarrea ed i sudori profusi) aiutano l'eliminazione dell'urea ma, nel tempo stesso declorurano l'organismo e favoriscono l'aumento dell'azotemia; ad ogni modo, il secondo processo rimane inferiore al primo, sicchè i vomiti e la traspirazione abbassano realmente l'azotemia. Nell'anuria calcolosa, senza vomiti, nè traspirazione, l'azotemia raggiunge ed oltrepassa in pochi giorni i 5 grammi, il che crea una sindrome uremica che aggiunge la sua prognosi grave a quella dell'anuria; ad ogni modo, la prognosi dipende meno dall'azotemia che dalle circostanze che hanno prodotto l'arresto della secrezione renale.

In generale, due fattori entrano nel pronostico di queste anurie (escluse però quella calcolosa e quella cancerosa): l'integrità o meno anteriore del rene e la brutalità della causa, con la maggiore o minore facilità di eliminazione del tossico. Si comprende che un rene con antiche lesioni di nefrite può essere incapace di superare la crisi terminale di eliminazione.

La brutalità della causa entra in azione nell'uremia da cloroformio ed in quella da intossicazione alimentare. In riguardo a quest'ultima, l'A. cita un'osservazione di Levy, di una donna di 71 anni in cui, tre giorni dopo un pasto al. ristorante seguito al giorno seguente da vomito, si presenta un'anuria, che dura per 3 giorni.

Azotemia oltre 4 grammi, segni di uremia: agitazione e torpore, Cheyne-Stokes ed anche sfregamento pericardico. Dopo una crisi urinaria, si ebbe guarigione senza conseguenze.

Dall'osservazione di questi fatti, possono farsi varie deduzioni:

1) l'azotemia può continuare a salire per 3-4 giorni, malgrado si sia stabilita l'eliminazione urinaria anche di un litro;

2) la crisi urinaria è anzitutto idrurica, mentre la concentrazione ureica urinaria si stabilisce in secondo tempo, il che spiega che l'abbassamento dell'azotemia si stabilisca con un certo ritardo;

3) la crisi clorurica si verifica al tempo stesso che quella azotata; in tutti questi casi, malgrado i vomiti, si mantiene un'ipercloremia od una cloremia normale, ma non si ha mai ipocloremia.

Terminata la crisi, si può osservare una integrità renale assoluta, p. es., nei reni normali dopo l'anuria cloroformica o da tossici alimentari; ma si può anche avere una lieve albuminuria permanente od occasionale, il che sta ad indicare la persistenza di una lesione cicatriziale minima.

Ben differenti nella loro gravità e nell'evoluzione sono le *anurie ad eliminazione tossica lenta*. Ne è un esempio l'anuria *mercuriale*, di cui la prognosi è più grave perchè la lesione renale è meno riparabile per la permanenza dell'intossicazione e non dipende dall'azotemia più o meno elevata. Si possono osservare guarigioni anche dopo azotemie alte, di 6-7 grammi; quindi, solo in base ad un'analisi minuziosa dei sintomi, si può stabilire una prognosi, che sarà sempre riservata, ma anche non sempre troppo grave.

Ma vi sono anche altre nefriti, che si accompagnano ad azotemia elevata, senza anuria quali, p. es., la nefrite *a frigore* e quella scarlattinosa, in cui l'azotemia può elevarsi anche a 4-5 grammi ed aversi poi la guarigione. Anche in questi casi, il coefficiente di ricupero, più che nell'azotemia, lo troviamo negli antecedenti, oltre che nella benignità e nella brevità dell'infezione causale.

Un'azotemia particolare è quella della spirochetosi ittero-emorragica, azotemia che aumenta in seguito al primo attacco di ittero e coincide spesso con la caduta termica; si eleva a 4-5 grammi ed è generalmente di prognosi favorevole.

In generale, dunque, si può dire che l'azotemia delle nefriti non ha altro valore che come sintomo clinico, il quale può dare l'allarme precedendo di molto la comparsa degli altri segni, ma unicamente sintomo di cui il valore pronostico non può essere stabilito che nella situazione generale del quadro clinico.

Le azotemie dei cardiaci.

L'A. è sfavorevole all'espressione di cardiorenale, che manca di precisione e nasconde delle esitazioni; un cardiaco può essere più o meno renale e viceversa, vi sono in tal campo

tante combinazioni che l'etichetta di cardio-renale significa chiudere gli occhi sulle difficoltà della diagnosi clinica.

Il cardiaco può avere dell'azotemia in quanto che esso è oligurico; il suo cuore non permette che l'eliminazione di una data quantità di acqua ed il rene, che concentra l'urea soltanto fino ad un determinato limite, lascia quindi nell'organismo una certa quantità di urea, donde l'azotemia. All'incontro, in un individuo con nefrite ipertensiva, per effetto di un'infezione banale o di altra causa, l'attività cardiaca diminuisce e, data l'oliguria che ne sussegue, si avrà ritenzione azotata. In entrambi i casi, basterà rimettere in buona funzione il cuore per vedere scomparire l'azotemia.

In questi due esempî, si sono prese delle condizioni opposte, nell'una domina il cuore, nell'altra il rene. In pratica, le due sindromi possono associarsi in diverse combinazioni ed il medico dovrà stabilire la parte che spetta a ciascuna; il riposo, la digitale, l'azotemia, l'albuminuria in condizioni di riposo, la tensione arteriosa permetteranno di portare il giudizio pronostico e di mettere in opera un'adatta terapia.

Vi sono delle azotemie permanenti a 0,80 le quali, sotto l'effetto dello scompenso cardiaco, possono elevarsi a 2 grammi. La prognosi, in questi casi, si baserà sulla cifra di 0,80 e sulla facilità più o meno grande dello scompenso.

LE AZOTEMIE DEGLI URINARI.

Le azotemie dei ritenzionisti (prostatici e simili) possono essere abbassate con un semplice drenaggio urinario associato ad un regime ipoproteico. Sembra che, sotto l'effetto dell'infezione urinaria, si stabilisca una congestione renale che accentua notevolmente un'azotemia leggera di nefrite sclerosa anteriore. Ma tosto o tardi, tale azotemia aumenta lentamente. L'elevazione dell'azotemia in un ritenzionista non va quindi considerata come una ragione per attendere l'intervento, in quanto che essa regredisce con un drenaggio bene stabilito; ma dietro essa, esiste spesso un'azotemia basale da nefrite cronica.

*
* *

Questi esempi dimostrano la grande varietà del quadro clinico delle azotemie transitorie e la necessità di non tener conto che della permanenza di essa. Non si deve quindi misurare un'azotemia nè troppo presto nè troppo poco. È soprattutto la curva che ha importanza e specialmente la quantità minima che si può raggiungere e le condizioni che sono necessarie per ottenerla. Anche nelle nefriti croniche, il valore clinico dell'azotemia non va disgiunto dai dati clinici. Stabilizzata poi l'azotemia, si può dire che essa va ritenuta tanto più grave quanto più severe sono le condizioni di riposo e di regime necessarie per ottenerla.

La prognosi delle azotemie si stabilisce quindi sulle condizioni cliniche della sua comparsa; dal disconoscimento di questa regola medica, sono venuti tutti gli errori e tutte le delusioni. L'azotemia è un sintomo prezioso, ma è soltanto un sintomo e prende tutto il suo valore soltanto nell'insieme degli altri sintomi clinici.

FILIPPINI.

L'uremia convulsiva.

(H. THIERS. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 dicembre 1929).

Le convulsioni uremiche si hanno nel 10 % circa dei casi di uremia. Esse sono rare nelle uremie chirurgiche, salvo in quelle connesse con una compressione ureterale; sono invece relativamente frequenti in tutte le uremie mediche, salvo in quelle tubercolari ed in quelle mercuriali.

Tutti tre i tipi di nefrite (classificazione di Widal) possono provocare convulsioni. La frequenza di queste è classica nelle nefriti idropigene come in quelle miste, con edemi, azotemia ed ipertensione. Se ne conoscono casi in nefriti azotemiche pure; spesso anche la nefrite ipertensiva pura, cioè non complicata da albuminuria è epilettogena.

Anche il terreno su cui si svolge la nefrite può avere la sua importanza. Non è raro trovare, in individui che muoiono con uremia, delle antiche lesioni cerebrali. Clinicalmente, si osserva che l'uremico aveva avuto, da bambino, delle convulsioni, da adulto era considerato come un nervoso, un emicranico. Frequente è l'infezione sifilitica, la quale agirebbe determinando delle piccole lesioni nervose, che l'uremia risveglierebbe.

SINTOMI.

Gli aspetti clinici sono multipli. Talvolta si ha una vera crisi di epilessia, senza aura e senza grido iniziale; tal'altra si tratta di semplici convulsioni senza caratteri speciali; altre volte esse sono generalizzate, oppure localizzate del tipo jacksoniano.

In casi eccezionali, si possono avere delle *contratture uremiche*, in cui si ha soltanto l'elemento tonico e non il clonico. Tali contratture hanno una particolare localizzazione ai muscoli della spina dorsale, con l'aspetto del meningitico, od ai muscoli mascellari, con l'aspetto di un tetanico; in un caso dell'A. si aveva una emicontrattura. Il fatto che questa forma si osserva quasi soltanto in individui di una certa età fa ritenere che entrino, nella patogenesi, delle lesioni cerebrali anteriori.

Si ritiene da taluno utile di separare l'uremia convulsiva dalle mioclonie e dai soprassalti tendinei; la prima si avrebbe più spesso nei cloruremici e non ha un significato disperato; le altre si hanno soltanto negli azotemici

ed annunziano la prossimità della fine. L'A. è del parere che tali forme non possano separarsi; anche i soprassalti tendinei sono una manifestazione di uremia nervosa ed indicano, al pari delle convulsioni l'irritazione cerebrale, sotto l'influenza dell'uremia.

Per quanto riguarda il liquor, si osserva che esso, nell'uremia convulsiva, ha un contenuto di albumina ed una citologia del tutto normali. È importante il prendere la tensione col manometro di Claude, poichè si nota che i casi in cui la pressione è elevata hanno una prognosi relativamente favorevole, od almeno si ha in essi un miglioramento con la puntura lombare.

La tensione arteriosa è generalmente aumentata all'approssimarsi della crisi e durante questa; se, passata questa, la tensione non diminuisce, si può logicamente prevedere l'approssimarsi di altre crisi. Non mancano però casi in cui la tensione è bassa o normale.

In qualche caso le convulsioni compaiono bruscamente, senza prodromi; quasi sempre, però, esse sono annunciate da una modificazione del quadro clinico. Talvolta esse coincidono con un miglioramento degli edemi, sia esso reale (poliuria liberatrice, convulsioni per assorbimento di edema) sia esso apparente (convulsioni per metastasi di edema). Più spesso però le convulsioni si hanno con aggravamento dei sintomi preesistenti: oliguria, anuria, disturbi nervosi multipli, fra cui l'aggravamento della cefalea, la comparsa di delirio, di disturbi oculari di varia gravità, di dispnea o di disturbi di uremia digestiva. Il punto più discusso è lo stato degli edemi; l'A. li ha trovati nell'80 % dei casi: nel 20 % si aveva anasarca, nel resto, la localizzazione dell'edema era varia (alla faccia — localizzazione classica in Germania —, od altrove). In qualche caso, le crisi convulsive sono state provocate dalla somministrazione intempestiva di siero salato, o dalla prova di clorurazione. Questi fatti hanno un'importanza patogenetica in quanto che non è mai stato possibile riprodurre l'uremia convulsiva se non nell'uomo e mediante la somministrazione di sale.

EVOLUZIONE E PROGNOSI.

La comparsa di convulsioni nel corso di una nefrite non ha, di per sè, un grande valore per la prognosi, sicchè questa dipende dallo stato generale del malato. Sono importanti, sotto tal punto di vista, il dosamento dell'urea, della riserva alcalina e, più raramente, quello del cloro. Anche senza laboratorio, si può fare una prognosi, tenendo conto dei fatti seguenti: l'uremia convulsiva è quasi sempre fatale nei vecchi; le forme a temperatura elevata o bassa sono di cattiva prognosi, in quanto che la prima fa pensare ad una complicazione infettiva, la seconda è un segno di grande azotemia. La tensione arteriosa, che rimane elevata fa temere la continuazione delle crisi.

Fra i disturbi nervosi associati, le cecità brusche sono, generalmente, di buona prognosi, mentre il delirio ed il coma comportano una prognosi cattiva. L'uremia digestiva, nella forma con vomiti, è grave, quando si accompagna con le convulsioni, mentre la diarrea è di un augurio migliore. La secchezza della lingua è un segno di morte prossima. L'ipertensione del liquor è un segno più favorevole che la tensione normale.

In complesso, però, la prognosi è dominata dalla natura della nefrite, che ha provocato l'uremia convulsiva. Una nefrite acuta, che non è tossica, guarisce quasi certamente e le convulsioni hanno in tal caso un carattere episodico. Invece, le convulsioni che compaiono in un brightico cronico annunciano quasi sempre la morte nelle 48 ore.

Il *trattamento* sarà quello dell'uremia: salassi e purganti drastici; la puntura lombare sarà utile soltanto nei casi con tensione del liquor elevata.

DIAGNOSI.

È un errore il ritenere che la diagnosi sia facile. Su 200 osservazioni che l'A. ha letto, la diagnosi era errata in un centinaio.

In casi eccezionali, la nefrite è sconosciuta e soltanto le convulsioni colpiscono il clinico, il quale, allora, penserà a tutte le malattie epilettogene.

Il più spesso però in un individuo con una lesione renale le convulsioni vengono attribuite all'uremia, mentre talora si trovano all'autopsia delle lesioni meningee (forma cronica sifilitica, forma acuta infettiva, emorragia) o del parenchima nervoso (emorragie o rammollimenti). Trattasi di un errore frequente e facile e si può dire che non si è mai sicuri che si tratti di convulsioni uremiche, senza il sussidio della puntura lombare o senza il controllo dell'autopsia.

Il liquor sanguinolento indica una emorragia cerebrale o meningea. Talvolta si tratta di una meningite infettiva latente, il più spesso da pneumococchi, che viene messa in evidenza soltanto con l'esame del liquor. Soltanto quando questo risulta del tutto normale, si può ammettere con sicurezza l'uremia convulsiva.

È spesso assai difficile e talora impossibile differenziare le convulsioni uremiche da quelle che sono dovute ad una lesione vascolare del parenchima nervoso, quando il rammollimento o l'emorragia si trovano in una regione silenziosa dell'asse nervoso. La lesione, nel momento che si è prodotta, ha provocato delle crisi convulsive passeggere ed in seguito tutto ritorna normale; soltanto all'autopsia si trovano le lesioni che, in due casi dell'A., risiedevano in piena protuberanza. Accanto a questi casi latenti, ve ne sono altri in cui un piccolo segno può mettere sull'avviso, cioè un lieve aumento nell'albumina del liquor ed una leggera xantocromia. In qualche caso, dopo la crisi convulsiva, rimane una sequela nervosa

definitiva: riflessi tendinei un po' vivaci da un lato od abolizione di un riflesso cutaneo addominale oppure persistenza, per 2-3 giorni, di piccoli segni piramidali, specialmente del Babinski; nell'uremia la persistenza non oltrepassa le 24 ore. Infine, ogni malato che presenti parecchie volte e ad intervalli di tempo relativamente lunghi (una quindicina di giorni) delle crisi convulsive in serie, deve essere considerato come affetto da una piccola lesione cerebrale. L'uremia convulsiva non si produce che una sola volta, oppure in forma di crisi subentranti, mai in forma di crisi recidivanti.

Su questi piccoli segni ci si appoggerà per portare la diagnosi di convulsioni per lesioni vascolari del parenchima in un uremico, lesioni che si trovano non soltanto nelle nefriti croniche ed in quelle ipertensive, ma anche in quelle acute, in cui all'autopsia, si possono trovare un'emorragia od un rammollimento cerebrali; si conosce anche un caso di enorme rammollimento in una nefrite mercuriale. La comparsa di convulsioni nel corso di un'uremia deve quindi far sempre sospettare la possibilità di lesioni cerebrali.

PATOGENESI.

La patogenesi dell'uremia convulsiva ha sempre variato secondo la teoria che era più in favore per tentare di spiegare il meccanismo dell'uremia. Si sono sempre spiegate le convulsioni con l'edema cerebrale, variando soltanto la spiegazione patogenetica di tale edema. Ma si è sempre rimasti imbarazzati dalle convulsioni che si hanno in individui senza edemi e che, all'autopsia, non presentavano nè edema cerebrale, nè lesioni cerebrali notevoli. Per questi, si è creata la teoria tossica.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, appare logico l'attribuire l'uremia convulsiva alla ritenzione di cloruri, ritenzione che può aversi anche senza edemi (al contrario di quanto riteneva Widal). Le ricerche dell'A. sono, a tale proposito, dimostrative. Egli ha trovato, di fatto, che in tutti i casi di uremia convulsiva, si hanno i segni della ritenzione di cloro: aumento del cloro cerebrale, ritenzione di cloro nel sangue, con ipercloremia plasmatica o con ipocloremia plasmatica e ipercloremia ematica.

La ritenzione di cloro agisce in due modi diversi. Se l'uremia si accompagna ad idropisia, il sale ritenuto agisce provocando un edema cerebrale o meningeo (in tal caso, si avrà ipertensione del liquor); se l'uremia è secca, si produce un'acidosi cerebrale, poichè in tal caso è trattenuto soltanto l'elemento acido, il cloro, mentre quello basico, il sodio, è in quantità inferiore alla normale.

La ritenzione di cloro però non basta per spiegare le convulsioni; queste, di fatto, sono l'eccezione, mentre la prima è la regola, nell'uremia. Vi è quindi un fattore incognito che agisce e che, secondo l'A., è dato da lesioni vascolari cerebrali, le quali sarebbero convulsivanti soltanto quando si trovano in un terreno chimicamente modificato e come imbevuto di cloro, di cui è noto il potere eccitante. In altri casi, è invece una lesione antica che risveglia l'uremia; ed ecco perchè spesso si trovano in tali malati degli antecedenti nervosi, delle meningi o dei cervelli già lesi.

La patogenesi dell'uremia poggia dapprima sul terreno chimico; ma ben presto siamo obbligati a ritornare alla clinica in quanto essa ha di più oscuro; il terreno e la predisposizione individuale. La specificità dell'uremia convulsiva non è data dai fattori fisico-chimici dell'uremia, ma dal malato, col suo passato, con la sua eredità, con la sua personalità biologica. FILIPPINI.

CORPI ADRENALI.

Forme cliniche dei tumori primitivi maligni delle capsule surrenali.

(LANGERON e LOHEAC. *Annal. de Méd.*, volume XXIV, n. 3, 1928).

Questi tumori sono relativamente rari, discretamente noti dal punto di vista anatomico, sono poco conosciuti i quadri clinici a cui possono dare origine. Gli AA. distinguono questi tumori in quattro gruppi: 1) tumori con sindrome endocrina; 2) tumori a forma addominale; 3) tumori a forma metastatica; 4) tumori con ipertensione arteriosa.

Tumori con sindrome endocrina. Si possono presentare sotto due aspetti: *a*) insufficenza surrenale acuta; in un uomo di 34 anni si ebbe stupore, ipotermia, polso assai rapido, collasso cardiaco e morte rapida, all'autopsia cancro del surrene. Talora si hanno quadri di Addisonismo frusto. Ma per lo più sono rari i fatti di insufficenza glandolare, forse perchè i tessuti neoplastici posseggono in alto grado le funzioni del tessuto da cui si generano (Bard). Assai più frequenti *b*) i segni di virilismo surrenale; la sindrome genito-corticale. Ciò si ha quasi sempre per tumori corticali; il quadro varia a secondo della età in cui si sviluppa il neoplasma. Se nel periodo embrionario si ha uno stato di pseudoermafroditismo (bambine con caratteri secondari maschili), nei primi anni di vita si può creare una obesità precoce, sia un tipo muscolare sviluppato, talora con precocità ed ipertrofia sessuale, nelle giovinette si può avere adiposi, ipertrofia clitoridiena, mestruazione precoce, ipertricosi fino all'irsutismo.

Se si sviluppano alla pubertà le donne perdono le mestruazioni, hanno nausee, vomito, adiposità, iperstenia muscolare, ipertricosi a tipo di virago. Dopo qualche mese il quadro muta e si ha dimagrimento, astenia e cachessia terminale. Negli uomini si hanno gli stessi segni associati però a ipertrofia mammaria delle più caratteristiche.

Tumori a forma addominale. Evolvono latenti finchè non sorgono dei segni di compressione pilorica, intestinale, ecc., edemi, ascite, circolo collaterale, dolori lombari ed infine si constata un tumore lombare. La diagnosi è assai difficile.

Tumori a forma metastatica. Il tumore primitivo può del tutto sfuggire. In ordine di frequenza abbiamo metastasi epatiche, polmonari, croniche, surrenali collaterali, peritoneali, ganglionari, cardiache, mediastiniche, spleniche, intestinali, diaframmatiche, ovariche, ossee e assai raramente cutanee (Chaillous). Talora sono così polimorfe e abbondanti da sfidare ogni descrizione.

Tumori con ipertensione arteriosa. Sono i più interessanti, si possono distinguere due gruppi: *a*) con ipertensione parossistica; *b*) con ipertensione continua. Nelle forme con crisi ipertensive si è constatato sempre trattarsi di paragangliomi, mentre la forma ipertensiva continua è data per lo più da epiteliomi corticali. Le crisi ipertensive della prima forma sono date: da malessere, raffreddamento, pallore della faccia, vasocostrizione delle mani e dei piedi, nausee, vomiti; dopo due o tre ore cessano i disturbi gastrici e sopraggiungono le palpitazioni, la vasodilatazione cutanea, abbattimento estremo; durante la crisi c'è anuria. Può avvenire la morte improvvisa. La ipertensione continua non presenta nulla di speciale.

Circa i rapporti intercorrenti tra adrenalina e ipertensione non si può ancora fare conclusione alcuna sicura.

Diagnosi. È tutt'altro che facile, tuttavia vi si deve sempre pensare e cercare di porla quando si incontrano i quadri su descritti, anche perchè la *cura* chirurgica può dare ottimi risultati.

L. TONELLI.

L'insufficienza surrenale nelle malattie infettive.

(N. MASUCCI. *Morgagni*, n. 45, nov. 1928).

Alle prime osservazioni di Sergent, il quale suppose che nelle malattie infettive di capsule surrenali presentano una insufficienza secretiva, si aggiunsero le conferme isto-patologiche riscontrate da molti altri AA. in queste forme di disfunzione endocrina da causa infettiva; fu trovato: proliferazione della zona corticale e lesioni cellulari più o meno marcate fino alla necrosi, talvolta con atrofia ed infiltrazioni parvicellulari.

Le insufficienze surrenali, durante il decorso di malattie acute, possono assumere o una forma acuta, grave, talora letale per insufficienza surrenale acuta, od una forma semplice di iposurrenalismo, costituita da astenia muscolare, ipotensione arteriale, talora presenza della stria bianca di Sergent.

La forma acuta si può presentare con la caratteristica di *miocarditica*, con sintomi predominanti di miocardite acuta e subacuta; con tipo *pseudoperitonitico*, a forma colerica o gastro-intestinale, ed infine a forma *encefalitica*, a seconda che presenta una sintomatologia che può essere attribuita ad una delle riferite forme morbose.

L'A. ricorda i sintomi che sogliono far supporre una insufficienza surrenale nelle diverse malattie infettive.

Il *tifo* è la malattia che più frequentemente si complica a stati di iposurrenalismo acuto o subacuto. Nel primo caso si trovano segni di lesioni massive (surrenalite acuta, emorragica, capsule surrenali voluminose e iperemiche); nel secondo le lesioni sono superficiali; la sindrome clinica si presenta con improvvisi e violenti dolori addominali, vomiti biliari, ipotermia rapida e ipotensione (fino a 80 mm. Hg); polso filiforme.

L'iniezione di adrenalina può modificare rapidamente tutta la sintomatologia.

Nel *paratifo* si possono avere, ma meno frequentemente, sindromi di iposurrenalismo; mentre nella *febbre di Malta* tali stati morbosi sono più frequenti. Le ricerche sperimentali di Barbara mostrerebbero l'affinità che ha la tossina melitense sia per il tessuto surrenale, sia per il sistema simpatico perisurrenale.

Sono numerose e ben note le osservazioni di stati di iposurrenalismo che si presentano durante e dopo l'infezione influenzale: l'ipotensione, la linea bianca di Sergent, l'astenia notevole, il vomito, la diarrea ecc. son tutti sintomi d'una insufficienza surrenale.

Con una sintomatologia più o meno marcata, l'iposurrenalismo è stato osservato nella difterite, nella scarlattina, nella dissenteria bacillare, nella malaria.

Anche nelle infezioni croniche si può avere l'iposurrenalismo; così nella sifilide ereditaria ed acquisita le capsule surrenali possono essere lese dalla spirocheta; nella tubercolosi l'astenia, l'ipotensione, le macchie bruno-caffeiche (Livierato), la decalcificazione sono messi in rapporto con stati di iposurrenalismo.

In questi casi una precoce cura opoterapica può apportare gran giovamento.

CARUSI.

Sull'equilibrio acido-basico nel morbo di Addison.

(G. MARAÑON. *Revista Médica de Chile*, ottobre 1929).

L'A. ha osservato in questi ultimi anni ben 150 casi di morbo di Addison ed ha studiato in tali pazienti diverse alterazioni del sangue. Riferisce ora intorno all'equilibrio acido-base che a suo giudizio è importante per spiegare

alcuni fenomeni gravi che si verificano nel corso di questa malattia.

Le ricerche si riferiscono a 20 pazienti affetti da Addison tipico, nei quali il dosaggio della riserva alcalina fece notare una tendenza manifesta alla acidosi, generalmente modica.

Su tale tendenza e sulla somiglianza dei quadri clinici della acidosi con quelli della sindrome encefalopatica o digestiva della insufficienza surrenale grave si basava finora l'ipotesi della natura acidosica di alcuni fenomeni addisoniani.

Però l'A. ha avuto occasione recentemente di confermare questa ipotesi con l'osservazione diretta del comportamento dell'equilibrio acido-base nel corso dell'accidente encefalopatico stesso.

In un addisoniano grave, in seguito ad una iniezione di siero glucosato con insulina si verificò elevazione febbrile seguita da una sindrome allarmante: adinamia, cefalea, tachicardia, ecc.; supponendo che si trattasse di una ipoglicemia provocata dall'insulina, si fece il dosaggio del glucosio nel sangue, che dette però una cifra normale.

Fu l'alito fortemente acetonico del p. e la presenza di acetone in abbondanza nelle orine che fece pensare alla acidosi, confermata dalla diminuzione riscontrata, della riserva alcalina.

Per chiarire ancor più l'importanza del fattore acidosi nel corso degli accidenti gravi della insufficienza surrenale, l'A. istituì delle esperienze in malati affetti da morbo di Addison condotte come segue: si iniettavano dieci unità di insulina e si determinava la evoluzione consecutiva dell'equilibrio acido-base. Fu scelta tale dose-tipo di insulina, perchè capace di provocare in tali malati una sindrome di ipoglicemia.

Dai risultati ottenuti si può dedurre che i sintomi consecutivi alla iniezione di insulina non debbono considerarsi dovuti alla ipoglicemia, bensì ad uno stato di acidosi; infatti il massimo della sintomatologia non coincide con il massimo della ipoglicemia, ma con una diminuzione intensa della riserva alcalina.

L'A. però non è d'avviso che l'acidosi sola sia in gioco nella produzione degli accidenti gravi della insufficienza surrenale, ma che altri fattori concorrano, quali la ipoglicemia, l'aumento considerevole della viscosità del sangue e la profonda alterazione del metabolismo dei lipoidi.

Ciononostante indicata e giovevole è la cura antiacidosica nei pazienti affetti da Addison, consistente in alimentazione ricca di idrati di carbonio e somministrazione di piccole dosi di insulina, seguita da ingestione (non iniezione!) di glucosio.

Vicentini.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1).

A. Domarus. *Ein führung in die Hämatologie.* Un vol. di pag. 185 con 14 ill. nel testo e 3 tav. Edit. Thieme, Lipsia, 1929.

Il nuovo trattato dell'A. rappresenta un complemento al suo « Manuale di ematologia clinica » e al bellissimo trattato pubblicato nel 1921 « Tecnica ematologica ». Nell'opera pubblicata troviamo la stessa completezza della esposizione, la stessa ricerca del dettaglio che tanto aiuta chi incomincia. Parallelamente alla maggior esperienza dell'A. va la trattazione. Nella prima parte sono esposti i metodi tecnici di ricerca, nella seconda parte la clinica delle malattie del sangue.

Numerose illustrazioni completano il libro, edito in bellissima veste tipografica.

V.

A. Herz. *Praktische Differentialdiagnostik. Blutkrankheiten.* Un vol. in-8°, di 88 pag., con 2 tav. colorate. T. Steinkopff, Dresden e Leipzig, 1929. Prezzo M. 8.

L'A. descrive dapprima i metodi di ricerca sul sangue, dando le linee direttive per il giudizio ricavato da questo esame che, come giustamente osserva l'A., va sempre coordinato con i sintomi clinici.

Si occupa poi dei sintomi delle malattie del sangue: diagnosi differenziale delle anemie, delle poliglobulie; diatesi emorragiche, modificazioni della mucosa orale e faringea nelle malattie del sangue. Tratta, da ultimo, le malattie sistemiche dell'apparato emopoietico (ghiandole linfatiche, milza, ossa).

In breve succinto, questo libro che fa parte del volume generale di diagnostica differenziale contiene quanto di essenziale il medico pratico deve conoscere per arrivare ad una diagnosi esatta delle malattie del sangue.

fil.

E. Abderhalden. *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden.* Abt. 5. Lief. 264, 1929.

Nella dispensa N. 264, appendice al volume sulla circolazione e sulla respirazione, sono raccolte le seguenti monografie:

L. Haberlandt. *Metodi di isolamento e di dimostrazione dell'ormone cardiaco.*

R. Seyderhelm. *Metodi di determinazione della massa sanguigna per mezzo di colori colloidali.*

L. J. Henderson e C. D. Murray. *Metodi nomografici per lo studio della circolazione sanguigna.*

La prima monografia tratta brevemente la questione dell'ormone cardiaco, sopratutto in

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

rapporto alle ben conosciute ricerche dell'A. Nella terza monografia gli AA. espongono il modo per costruire una formula nomografica che esprima in modo sintetico le condizioni funzionali della circolazione sanguigna, mettendo in rapporto le curve di dissociazione dell'ossigeno e dell'anidride carbonica nel sangue circolante, col Ph del siero e il volume delle emazie. Oltre alla descrizione minuta della metodica, v'è una lunga serie di risultati sperimentali. Nell'ultima breve memoria di E. Koch, troviamo una completa esposizione dei metodi mediante i quali è possibile misurare il tempo di circolazione, ivi compresi i metodi che possono venir tentati anche nell'uomo.

G. MELDOLESI

DALLA VOLTA A.-PATRIZI C. *Linfogranulomatosi maligna.* Vallardi, Milano, 1929.

E' il primo volume di una collana di monografie la cui pubblicazione è diretta dal Viola, clinico di Bologna, collana che riscuoterà il pieno favore di tutti i medici se, come è certo, anche le successive monografie presenteranno quelle caratteristiche che distinguono questo primo volume. L'argomento della linfogranulomatosi maligna, sul quale già tanto è stato scritto in numerose monografie anche recenti, è stato trattato dal Dalla Volta e dal Patrizi della Clinica di Bologna con cura particolare, aggiungendo a quanto risulta dagli studi e dalle osservazioni degli altri autori quello che è frutto della personale loro esperienza per numerosi casi di linfogranuloma maligno studiati nella Clinica di Bologna in modo completo. Due punti sono ancora oscuri: l'eziologia e, nel loro quadro clinico, quelle forme che vengono indicate come addominali. Nei riguardi della eziologia gli AA., seguendo l'opinione del loro maestro, si dimostrano nettamente favorevoli al concetto della natura tubercolare del linfogranuloma maligno, appoggiando tale giudizio ai risultati delle ricerche sperimentali compiute in molti dei casi studiati. Alle forme addominali e spleniche gli AA. recano il contributo personale di sei casi che si presentano particolarmente interessanti per la somma di dati clinici raccolti sì da potere avere dinanzi un quadro abbastanza completo di questa forma di diagnosi talora tanto difficile.

La materia è suddivisa in dodici capitoli ed in appendice ad essa sono riportati dettagliatamente i 20 casi di osservazione personale degli autori. E' illustrato da 14 figure e da una tavola fuori testo relativa a cellule epitelioidi e giganti in preda a fenomeni involutivi.

Questo volume di oltre 300 pagine, assai bene curato nella sua veste tipografica, sarà accolto con pieno favore da tutti i medici per il largo contributo che reca a questo interessante capitolo della Patologia.

TRENTI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Sedute del 6 novembre e del 4 dicembre 1929.

Presidenza: Prof. PIERI, presidente.

Il sondaggio duodenale nelle colecistiti.

Dott. G. BOMBI. — Ha adottato sistematicamente, nello studio dei malati con sofferenze a carico delle vie biliari, la prova di Meltzer-Lyon; egli conferma il valore, da taluni recentemente negato, di questo nuovo mezzo di indagini.

Nell'anno 1929 l'O. lo ha applicato in 36 casi, e in 34 fu praticato anche il controllo operativo, per avere una sicura riprova dei dati osservati.

Di questi 34 casi 6 concernono pazienti in cui la cistifellea non era malata, ma la diagnosi era dubbia (4 appendiciti, un'ulcera duodenale e una pericolite dell'angolo epatico), e la prova fece escludere lesioni delle vie biliari. Nei restanti 28 casi, in 7 si trattava di colecistiti calcolose e in 21 di colecistiti non calcolose.

Nei 7 casi di colecistiti calcolose la prova tre volte non diede bile cistica (per ostacoli meccanici), 4 volte dimostrò alterazioni della bile (pus, o tavolette di colesterina, a calcolini microscopici).

Nei 21 casi di colecistite non calcolosa, in cui anche l'esame diretto alla operazione può lasciare in dubbio sulla esistenza o meno di alterazioni della cistifellea: la prova di M.-L. si dimostrò preziosa dimostrando o alterazioni della risposta della bile cistica, stentata (in 7 casi) o ritardata (in 3 casi), o dolorosa (in 2 casi); oppure nei caratteri fisici e microscopici della bile, in modo che si potè sempre concludere con certezza per uno stato di grave alterazione della cistifellea.

Gangrena polmonare e pneumotorace artificiale.

Prof. L. MANINI. — Nell'ultimo biennio ha osservato 6 casi di gangrena polmonare.

In 3 casi essendo i focolai di necrosi colliquativa multipli e perfino bilaterali non fu possibile che la terapia sintomatica, cui furono associate iniezioni intravenose di neosalvarsan, con risultati negativi.

Negli altri 3 casi, che presentavano i requisiti adatti, l'O. ha praticato la collassoterapia: ha ottenuto buon risultato solo in un caso, mentre negli altri due casi il pneumotorace non ha avuto i risultati che se ne speravano.

Fondandosi, oltre che su questi 6 casi, anche su vari altri casi da lui trattati in passato colla collassoterapia, l'O. conclude che in complesso egli non ha ottenuto con questo mezzo nella gangrena polmonare i risultati lusinghieri che si hanno invece spesso con lo stesso metodo in caso di tubercolosi polmonare.

Sulla cura della dacriocistite.

Dott. G. FERRARI. — Accennato al processo di dacriocistite e ai gravi pericoli che tale malattia rappresenta per il bulbo oculare, l'O. parla sui moderni metodi di cura chirurgica di questa malattia: l'estirpazione del sacco lacrimale (da eseguirsi a processo settico in atto) e la dacriocisto-

rinostomia (preferibile sopratutto nelle forme a tendenza cronica).

L'O. descrive un processo di dacriocistorinostomia, che egli pratica fin dal 1922, e che è identico a quello descritto recentemente dal De Lieto Vollaro. Tale processo consiste essenzialmente nell'isolare il sacco lacrimale, rispettando solo la estremità superiore collo sbocco canalicolare, recidere la estremità stenosata ed immetterla in una apertura fatta sulla doccia lacrimale a spese dell'unguis: la estremità inferiore del sacco viene fissata mediante un filo di seta annodato su di un batuffolo di cotone introdotto nella narice corrispondente.

Nei numerosi casi trattati con questo metodo l'O. ha avuto costantemente la guarigione della dacriocistite e quasi sempre la scomparsa dell'epifora.

Nevromi multipli.

Dott. V. TANFERNA. — Illustra un caso di tumori multipli del sistema nervoso periferico in un paziente venuto a morte all'età di 27 anni in seguito a grave compressione del midollo cervicale esercitata da un neoplasma grosso come una noce. All'autopsia si trovarono altri nodi neoplastici grossi come un uovo nel nervo mediano e nell'ulnare destro, nel plesso cervicale, nel plesso celiaco; altri due più piccoli si trovarono lungo le radici posteriori dei nervi spinali.

Tutti i tumori presentano presso a poco gli stessi caratteri macroscopici: aspetto fascicolato, con zone quasi gelatinose e piccoli punti giallastri. Microscopicamente la struttura è alquanto diversa nelle varie zone; mentre infatti nei nodi periferici (ulnare e mediano) il tumore ha l'aspetto del fibroma, assume l'aspetto del sarcoma (privo di elementi collogeni) nei nodi endorachidei, nei quali si osservano delle fibre amieliniche; nel tumore del plesso celiaco si osservano anche elementi cellulari.

Manca qualsiasi tumore o pigmentazione cutanea: la sindrome non rientra dunque nel quadro del morbo di Recklinghausen.

Coesistenza di gravidanza extrauterina, appendicite e cisti ovarica a rapido sviluppo.

Prof. A. PONZIAN. — In una paziente di 26 anni che, senza avere avuto vere sospensioni mestruali, da un mese presentava piccole metrorragie, l'O., accingendosi a praticare il raschiamento uterino, constatò a carico dell'annesso sinistro una tumefazione cistica che certamente non era rilevabile nell'esame eseguito 15 giorni prima. Durante l'esplorazione la sacca si ruppe. Una puntura praticata nel Douglas estrasse sangue fluido, scuro, evidentemente di vecchia data.

L'O. praticò allora una laparotomia che permise di constatare, oltre un'appendice evidentemente alterata ed aderente, una piccola cisti ovarica a sinistra, scoppiata e sanguinante, e una mola tubarica a destra. Si praticarono l'appendicectomia, la salpingectomia a destra, l'annessectomia a sinistra. Seguì guarigione.

Sulla cura chirurgica della stipsi spastica.

Prof. G. PIERI. — Partendo dal concetto che nella stipsi spastica si verifica un ostacolo al passaggio delle feci nel colon rappresentato dalla contrattura del trasverso e discendente, l'O. pensò di stabilire una derivazione del contenuto intestinale fra cieco e parte inferiore del sigma, e ciò non con una delle solite anastomosi laterali, ma con la cosidetta « anastomosi-resezione ciecosigmoidea » da lui usata da vari anni per la cura del cieco mobile (resezione del *caput coli* e impianto del moncone residuale nel sigma, del quale la parete viene resecata in parte nel punto della anastomosi).

Questo tipo di intervento, che l'O. aveva già sperimentato con poco successo nella cura della stipsi atonica, si è invece dimostrato molto efficace nella stipsi spastica, ove la colonna fecale trovando un ostacolo al suo progresso nella contrazione del trasverso, e sospinta anche dai movimenti antiperistaltici, si scarica attraverso la larga comunicazione col sigma.

L'O. ha usato tale processo in 6 casi, il più antico datante da un anno e mezzo, il più recente da tre settimane; i malati hanno tutti ottenuto non una guarigione completa, ma un notevole miglioramento, in quanto la stipsi è scomparsa e i dolori sono diminuiti, ma non cessati del tutto.

Però l'O. pensa che il problema chirurgico della cura razionale della stipsi debba essere impostato su altre direttive, e rivolto cioè a ristabilire l'equilibrio del sistema nervoso viscerale, turbato dalla prevalenza del vago; egli espone le sue idee di fisiopatologia e di tecnica chirurgica sull'argomento.

Trapianto del trigono nel sigma per vasta fistola vescicouretrovaginale.

Prof. G. PIERI. — In una donna di 28 anni, che l'O. presenta all'assemblea, in seguito ad un parto distocico era residuata una fistola vescicovaginale la quale, in seguito a interventi praticati da altri chirurgi, aveva patito un aggravamento: l'orificio si iniziava un cm. dietro l'orificio uretrale ed aveva un diametro di 4 per 3 cm.

Il 17 agosto l'O., attraverso l'apertura fistolosa della vescica, circoscrisse il trigono con una incisione a tutto spessore della parete vescicale, e lo isolò insieme agli ureteri. Poi, attraverso laparotomia mediana, attirò il trigono entro il peritoneo e lo innestò nella parete anteriore del sigma incisa longitudinalmente, fissandolo con doppio piano di sutura; l'anastomosi fu affondata nel bacino, extraperitonealmente (per evitare l'inginocchiamento degli ureteri) suturando il peritoneo pilorico intorno all'ansa sigmoidea.

Dopo circa 20 giorni dall'intervento cominciarono ad uscire dalla fistola in parte le orine e le feci, il che fece dubitare del successo; però nel termine di due mesi dalla operazione questo scolo cessò, e la paziente emette da allora le orine esclusivamente dal retto (a intervalli di 1-3 ore).

Il sanguisugio mastoideo nell'ictus apoplettico.

Dott. I. GIACOBBI. — Riferisce su due casi di ictus, uno dovuto a embolia e uno a emorragia cerebrale. Nel primo il sanguisugio avrebbe contribuito a un esito favorevole, nel secondo il risultato fu sfavorevole.

Dato che l'azione principale del sanguisugio appare dovuta all'irudina colla sua azione anticoagulante, si deduce che il sanguisugio sembrerebbe indicato nei casi di trombosi od embolia cerebrale, e controindicato nei casi di emorragia cerebrale.

Il Segretario: Dott. G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Un segno di sifilide ereditaria. La lingua piatta.

L'importanza attribuita a questa localizzazione sifilitica deve essere ascritta non già ad un'azione diretta dei microrganismi della sifilide sui muscoli della lingua e sui loro centri motori, ma piuttosto alla facilità con cui si può ricercare tale segno, mentre è ben più difficile lo scoprire i disturbi che colpiscono i muscoli della vita di relazione, in causa delle notevoli supplenze reciproche.

Ch. Roche (*Marseille méd.*, 25 aprile 1929) osserva che, fra i numerosi muscoli della lingua, vi sono i trasversi che dipendono dall'ipoglosso, si contraggono simultaneamente ed hanno per funzione di avvicinare i margini della lingua, dandole la forma di una doccia a concavità superiore. Negli eredosifilitici, l'A. ha rilevato spesso l'impossibilità di dare tale atteggiamento alla lingua, mentre gli altri movimenti di essa sono normali.

Il segno è stato riscontrato in individui con cheratite parenchimatosa ed in qualche caso di sifilide antica. Esso è piuttosto tardivo e non subisce mai modificazioni, nemmeno sotto l'influenza del trattamento specifico. In tali condizioni, esso può prendere il suo posto, accanto alla cheratite parenchimatosa ed alle malformazioni dentarie descritte da Hutchinson, come segno di probabile sifilide. *fil.*

Il valore diagnostico delle distrofie dentarie.

Secondo Ruppe (*Gaz. d. hôpitaux*, 1929, numero 74) le distrofie dentarie sono sotto la dipendenza di tutte le malattie che agiscono *localmente* o per via umorale e possono turbare la fissazione del calcio da parte della sostanza albuminoide.

Le affezioni croniche e tenaci dànno delle distrofie totali; quelle acute, delle distrofie parziali. Le affezioni croniche con attacchi acuti, le distrofie parziali e complesse.

Siccome i germi dentarii non si calcificano tutti alla stessa epoca e le malattie infantili non agiscono tutte ad un modo, la localizzazione e l'aspetto delle distrofie dentarie hanno un valore etiologico particolare.

Le erosioni dei denti di latte sono rare; esse fanno pensare a malattie acute della madre od all'eredosifilide.

Le distrofie complesse dell'incisivo centrale superiore permanente e del primo grosso molare, del tipo di Hutchinson, sono quasi patognomoniche dell'eredo-sifilide, poichè questi denti calcificano il loro germe quasi alla fine della vita endouterina ed all'inizio della vita, periodo che corrisponde alla massima virulenza compatibile con la vita, dell'eredosifilide.

Le distrofie degli altri denti permanenti indicano l'età delle sofferenze dell'organismo infantile e devono fare ricercare tutte le possibilità eziologiche: eredosifilide, rachitismo con spasmofilia, febbri eruttive, malattie acute dell'infanzia. *fil.*

CASISTICA.

Gli stati ipoglicemici.

La quantità normale di zucchero nel sangue è di 1 grammo circa; ogni valore inferiore a 0,9 caratterizza l'ipoglicemia. Il trattamento insulinico del diabete ha dato a tali cifre una grande importanza, ma l'abbassamento della quantità di zucchero non è necessariamente legato alla cura insulinica e può aversi anche per altre cause.

Secondo M. Sendrail e J. Planque (rif. in *Journ. des praticiens*, anno 49°, n. 8) la sindrome ipoglicemica si inizia con una sensazione di stanchezza. Il malato è ansioso, con la testa pesante e le *gambe che si piegano;* le mani tremano, la faccia si arrossa, si hanno dei sudori e della diarrea. Il malato accusa palpitazioni, la tensione arteriosa è bassa; a questi disturbi, si aggiunge un appetito esagerato.

Ad un grado più avanzato, compaiono stati vertiginosi con sincopi, fenomeni di afasia, di sordità, di cecità improvvise e transitorie. Talvolta, si aggiungono delle crisi ipomaniache, confusionali, degli stati convulsivi. Se la terapia non interviene, il malato può cadere in coma. Gli stati gravi sono stati soprattutto descritti a proposito delle cure insuliniche.

Le ipoglicemie spontanee, si osservano specialmente fra gli atleti sottoposti a sforzi eccessivi e prolungati: pallore, sudori, angoscia epigastrica, contrazioni fibrillari, tremori, talora deliri e collasso. Si può dire che il vincitore di una corsa è l'individuo che ha la glicemia più stabile. Accidenti analoghi si osservano nelle partorienti, in cui spesso, la somministrazione di zucchero risveglia le contrazioni uterine.

Analoghi fenomeni si osservano nei dispeptici, che si lagnano spesso di sensazione di fame e di astenia intensa; in tali malati, si è trovata una glicemia di 0,70; la prescrizione di acqua zuccherata e di pasti molteplici basta spesso per fare scomparire tali fenomeni. Pari ritiene che i bulimici ed i ghiottoni siano degli ipoglicemici abituali.

Gli ipoglicemici mattutini sono frequenti nei nevropatici, nei ciclotimici, nelle ore in cui la loro stanchezza non è combattuta dall'ingestione di zucchero.

Nelle malattie infettive gravi (difterite), l'ipoglicemia è la regola. Così pure in certe intossicazioni (funghi). Sono da aggiungersi gli ipo-

glicemici endocrini (particolarmente gli addisoniani).

Nella gravidanza e nell'allattamento, la quantità dello zucchero sanguigno è un po' al di sotto del normale, ma è da ritenersi arbitrario l'attribuire ad essa i vomiti gravidici e quelli dei lattanti.

L'ipoglicemia può osservarsi anche in casi di diabete renale.

Il trattamento consiste nell'ingestione di un pasto ricco di idrati di carbonio e può farsi anche con l'ingestione di 10-30 grammi di glucosio in soluzione acquosa. Nei casi gravi, iniezioni sottocutanee di soluzioni glucosate a 48/1000. Le iniezioni di adrenalina non dànno buoni risultati che quando le riserve glicogeniche del fegato non sono esaurite. *fil.*

La glicemia postcinquantenaria.

Molti autori sono d'accordo nell'ammettere che la glicemia normale a digiuno è più elevata nell'età avanzata, ma rare sono state le ricerche dirette a tale scopo.

Altri autori (John) invece affermano che la glicemia è uniforme in tutte le età, e nella maggioranza oscilla tra 0,80 e 1,10 ‰.

Anche per quanto riguarda la prova della iperglicemia nei soggetti non diabetici postcinquantenari, le osservazioni sono rare, ma ad ogni modo sembra che l'aumento della glicemia sia più elevato che nei giovani.

G. Peco y F. Puchulu (*Ars Medica*, n. 52, 1929) hanno determinato la glicemia in 32 soggetti, di oltre 50 anni, sicuramente non diabetici, ed hanno potuto vedere che il termine medio della glicemia a digiuno, era di 0,92 ‰, con oscillazioni tra 0,74 e 1,11 ‰.

Pertanto, nonostante il numero dei casi sia scarso, gli AA. credono di poter affermare che il tasso della glicemia normale è uguale nelle diverse decadi della vita. Se vi è qualche variazione, essa dipende da fattori individuali e non dall'età.

Eseguendo poi in 28 di questi soggetti la prova della glicemia sperimentale, gli autori hanno osservato che la media della glicemia, a distanza di 3 ore dall'ingestione del glucosio, era di 0,98 ‰ con oscillazioni tra 0,61 e 1,60 ‰.

Infine in 14, di questi 28, la glicemia dopo 3 ore dall'ingestione, non era discesa al livello iniziale a digiuno.

Pertanto gli AA. concludono che anche nella prova dell'iperglicemia, prima di attribuire a qualsiasi resultato l'influenza dell'età, bisogna considerare se non esista un fattore arterioso, circolatorio, infettivo, responsabile dell'aumento del tasso glicemico. A. P.

Diabete e ipoglicemia.

Si descrive come diabete renale una sindrome caratterizzata dalla glicosuria senza iperglicemia. Ambard respinge l'esistenza reale del diabete renale come entità morbosa. È stato dimostrato che alcuni diabetici possono avere glicosuria in alcuni momenti con glicemia al di sotto della norma, e in altri si ha talora una glicosuria intermittente, ebbene talora la glicemia è in questi casi più elevata proprio quando non c'è zucchero nelle urine. Esiste dunque in certi diabetici una vera dissociazione tra la iperglicemia e la glicosuria. Rathery e Maurice Rudolf (*Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, Paris, n. 25, 1929) citano una storia di un malato che presentò sotto questo punto di vista un comportamento assai curioso. Infatti egli con una glicemia normale o inferiore alla norma, presentò glicosuria netta. Vi fu poi tra la glicemia e la glicosuria una dissociazione netta, così pure vi fu dissociazione dei normali rapporti tra acetonuria e glicemia. Circa i regimi essi provocarono effetti sconcertanti: il regime stretto infatti provocò una esagerazione della glicemia e dei corpi acetonici, mentre il regime ricco in feculenti determinava un abbassamento della glicemia e dei corpi acetonici, la glicosuria restando poco modificata. L'interesse di questa osservazione è di portata generale. Essa dimostra che a lato del diabete mellito ordinario esistono dei casi di disturbi complessi del metabolismo dei glucosidi che sono ben altra cosa che una semplice anomalia nel funzionamento renale. L. TONELLI.

Sul coma diabetico.

Dopo aver accennato alla grande, rapida e sicura azione che l'insulina ha sul coma diabetico, il Bennhold (*Zentralbl. f. inn. Medizin*, n. 38, 1929) fa un succinto interessante esame delle gravi complicazioni che possono succedere alla somministrazione di elevate dosi insuliniche.

Il circolo soffre molto di simile terapia; il cuore è disturbato nella sua nutrizione dalla brusca caduta dello zucchero e l'elettrocardiogramma ha rilevato alterazioni del complesso ventricolare e dell'onda T; inoltre si possono avere squilibrii gravi di pressione.

In conseguenza si ha talora la morte improvvisa, talora uno stato di insufficienza circolatoria grave che non si riesce a combattere con nessun mezzo.

I diabetici anziani sono i più colpiti. La cura proposta dall'A. consiste nella somministrazione oraria di piccole dosi di insulina, in quella abbondante di alcalini e nell'uso di strofantina e preparati eccitanti.

Il malato deve — in ogni caso — essere trasportato in ospedale.

La prognosi è sempre difficile: la brusca caduta della pressione ha cattivo significato. V. SERRA.

TERAPIA.

Il trattamento dell'amigdalite criptica cronica.

L'amigdalite triptica cronica non ha nessuna tendenza alla guarigione spontanea: oltre alle complicazioni locali, possono dipendere da essa l'alterazione dello stato generale e le infezioni a distanza degli organi digerenti, del

rene, del cuore e delle articolazioni. Il trattamento puramente medico è insufficiente (pulizia delle cripte con cotone imbevuto in acqua ossigenata o glicerina jodata); sono del tutto sconsigliabili le cauterizzazioni per mezzo di ignipuntura, perchè possono chiudere le cripte e provocare la formazione di ascessi.

Il trattamento classico consiste nell'aprire largamente le cripte, per mezzo di uncini speciali, sezionando i ponti di tessuto amigdalino e spennellando la ferita con cloruro di zinco a 1/15.

Per i giorni seguenti, si farà fare un gargarismo con: Jodio cg. 20; Joduro di potassio cg. 30; Sciroppo diacodio g. 80; Acqua q. b. per g. 300.

Meglio ancora sopprimere ogni focolaio con l'amigdalectomia totale, operazione che si impone, salvo negli emofili. Può essere sostituita dalla termocoagulazione.

(*Journ. de Méd. de Paris*, 31 ott. 1929).

fil.

Indicazioni moderne alla tonsillectomia.

Kofler (*Wien. Klin. Woch.*, n. 8, 1929) cita anzitutto un caso di endocardite grave che, giudicato ormai senza speranza, guarì dopo l'asportazione della tonsilla d. (la sinistra era stata precedentemente asportata) dietro a cui si trovò un accumulo di pus: pure, questa tonsilla sembrava esternamente sanissima.

Per l'A. si possono considerare pienamente normali solo quelle tonsille che mostrano già precocemente un accentuato processo d'involuzione e non sono mai state colpite da affezioni acute o croniche. Spesso avviene che le tonsille siano sede di un processo cronico che non dà disturbi e non è avvertito finchè non si acutizza in coincidenza con qualche affezione acuta (influenza ad es.), a cui è attribuita.

I sintomi che pongono l'indicazione alla tonsillectomia sono divisi dall'A. in:

a) locali e cioè la colorazione intensamente rossa della regione tonsillare, la sensibilità delle tonsille alla pressione, l'abbondanza e il disordine della polpa, i cosiddetti « zaffi a mandorla » costituiti da epitelii sfaldati, batterii e resti di cibo (a meno che non diano alcun disturbo o non fetor ex ore, nei quali casi possono esser lasciate le tonsille in sito), le affezioni periodiche delle tonsille, gli ascessi tonsillari e i peritonsillari e alcune forme di tonsillite acuta (angina lacunare, ecc.); la persistenza di secrezione dopo l'incisione di un ascesso della tonsilla, le tonsilliti acute che si ripetono spesso, l'ipertrofia tonsillare; a questo proposito l'A. preferisce la tonsillectomia alla tonsillotomia e l'operazione nel bimbo a quella nell'adulto; infine, seguendo molti autori, l'angina di Vincent ostinata, le forme ipertrofiche di tubercolosi e i tumori;

b) regionali e cioè le malattie acute o croniche delle vie aeree superiori; in ispecial modo le riniti, le follicoliti recidive, l'eczema del vestibolo del naso, poi il catarro della tuba d'Eustachio e dell'orecchio medio, la faringite, la laringite con paresi delle corde vocali, le tracheiti e le bronchiti, le quali ultime, diffondendosi agli apici, possono simulare processi specifici. L'A. ricorda anche le infiammazioni e i dolori linguali;

c) lontani, e cioè le affezioni organiche derivanti dal focolaio tonsillare per via linfatica o sanguigna; quest'ultima categoria di sintomi esula, naturalmente, dalla competenza del laringologo che dovrà però sempre aiutare il clinico nella indagine etiologica delle varie forme morbose. Occorrono invece spesso all'otorinolaringoiatra le manifestazioni delle glandole linfatiche, ora appena palpabili, ora molto ingrossate: ed anche le manifestazioni di rigidità o di dolore localizzate al capo, alla nuca o alle spalle.

V. SERRA.

Sul valore della tonsillectomia per la prevenzione del reumatismo acuto, della cardite acuta e della corea.

È molto diffusa tra i medici l'opinione che le tonsille siano la porta d'ingresso dell'ipotetico agente causale del reumatismo, e che le tonsille dei bambini reumatici presentano generalmente i segni d'infiammazione cronica o acuta.

Basandosi su questa idea, molti AA. (Schichhold, Robey e Freedmann, Kerley, Thomson) propongono la tonsillectomia totale come il mezzo più efficace per prevenire il reumatismo e le sue complicazioni (cardite, corea).

Questo concetto ha però numerosi avversari; le statistiche del *Medical Research Council* mettono in evidenza la preponderanza della corea e di altre manifestazioni reumatiche nelle persone che furono sottoposte alla tonsillectomia; Poynton, Hunt e Osman, MacSweeney insistono sulla inutilità e anche sul danno della tonsillectomia in questi casi: e Vining non esita a definirla un errore.

Le ricerche personali dell'A. — riportate in due tabelle — dimostrano che la tonsillectomia, anche se praticata in modo soddisfacente e nel primissimo periodo della malattia, non ha alcuna influenza sul decorso del reumatismo e non ne previene le future manifestazioni cardiache o nervose.

V. SERRA.

Gli interventi gravi nelle setticemie streptococciche.

Quando, nel decorso di una setticemia, si ha un focolaio di suppurazione, la prognosi diventa meno grave. Talvolta, però, l'apertura del focolaio presenta difficoltà operatorie notevoli. È questo il caso riferito da Spiek e De Lavergne (*Rev. méd. de l'Est*, 15 apr. 1929) in cui la malattia incominciò con un'angina e tracheo-bronchite banale. Si ebbe poi congestione polmonare bilaterale ed osteo-artrite lombosacrale. L'emocultura diede lo sviluppo di uno streptococco emolitico.

Siccome vi era una reazione meningea con linfociti, gli AA. ricercarono una lesione vertebrale, che venne dimostrata dall'esame radiografico, in forma di osteo-artrite vertebrale.

Nonostante le cattive condizioni del malato, profondamente anemizzato e con polso frequente, gli AA. intervenirono, praticando la resezione della testa femorale per via posteriore, assicurando così un buon drenaggio articolare. La setticemia cedette e si ebbe la guarigione. Rimase un'anchilosi dell'anca in buona posizione ed un accorciamento di 4 cm.

fil.

Nei dolori della laringite tubercolare.

Polverizzare la retrobocca con:

Acido fenico	g.	2
Resorcina	»	4
Benzoato di sodio	»	6
Acqua distillata	»	200

oppure con:

Cloridrato di cocaina	g.	0,50
Cloridrato di morfina	»	1
Antipirina	»	2
Benzoato di sodio	»	4
Acqua distillata	»	200

Polverizzazioni della durata di 10 minuti, 2-3 volte al giorno.

(Guisez, *Journ. des praticiens*, 14 dic. 1929).

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

L'igiene del suolo e dell'abitato.

Obbligatorietà delle concimaie. Il R. decreto-legge 13 agosto 1926 n. 1605, concernente l'obbligatorietà delle concimaie, modificato e sostituito dalla legge 23 giugno 1927 n. 1155, sebbene motivato da fini prevalentemente agrari ed economici, in quanto mira ad una razionale conservazione del concime animale, raggiunge anche uno scopo igienico, prescrivendo che tutte le stalle rurali per bovini ed equini, adibite a più di due capi adulti, siano provvedute di concimaia con platea impermeabile e con pozzetto o bottino a tenuta per i liquidi.

Se si consideri l'inquinamento del suolo che inevitabilmente deriva dal letame accumulato sul nudo terreno, in vicinanza delle stalle e delle abitazioni, si apprezzerà il notevole vantaggio igienico portato dall'obbligo della razionale costruzione di concimaie impermeabili, sancito dalla legge.

Questa inoltre impone a tutti i conduttori di stalle di servirsi delle concimaie e di mantenerle in perfetto stato di funzionamento. Per le stalle comprese negli agglomerati urbani è prescritto che i Comuni provvedano con apposito regolamento a disciplinare la migliore e più razionale collocazione e conservazione dei concimi prodotti entro i limiti degli agglomerati stessi.

Lotta contro le mosche. Senza ricordarne i resultati delle ricerche scientifiche, ormai ben noti, che dimostrano l'importanza delle mosche quali veicoli di diffusione delle più svariate malattie infettive, è opportuno mettere in evidenza il contributo che la lotta contro le mosche porta all'igiene del suolo e dell'abitato. Tale contributo appena evidentissimo quando si pensi che *lotta contro le mosche* vuol dire: *lotta per la pulizia dell'ambiente abitato.* La mosca infatti trova il più favorevole terreno di sviluppo nel letame, nelle immondezze e nei rifiuti organici in genere; e nessuna lotta razionale può esser condotta contro questo pericoloso insetto, se non si modifica profondamente l'ambiente abitato, per modo da eliminare le condizioni che sono indispensabili allo svolgersi dei primi stadi della sua vita (uovo, larva, ninfa), in una parola, se non si sopprime, per quanto è possibile, il *sudiciume.* Gli altri mezzi, diretti a tener lontane o ad uccidere le mosche adulte, hanno importanza secondaria di fronte a quello fondamentale di impedire, o almeno di ostacolare, lo sviluppo dell'insetto.

Molto opportunamente, perciò, le disposizioni di legge, concernenti la lotta contro le mosche, non si limitano a dettare norme per difendere dalle mosche i generi alimentari e per evitare che esse vengano a contatto di materiali inquinati od infetti, ma disciplinano la raccolta e lo smaltimento delle immondezze, per sottrarre al malefico insetto il *pabulum* necessario alla sua moltiplicazione.

La legge 29 marzo 1928 n. 858, ha autorizzato il Ministero dell'interno ad emanare norme per la lotta contro le mosche, ed ha stabilito l'ammenda da L. 200 a L. 1000 per i contravventori a tali norme, oltre, in caso di recidiva, la possibilità di revoca della licenza di esercizio e di parziale o totale incameramento dell'eventuale cauzione prestata dall'esercente.

Con successivo decreto del Capo del Governo 20 maggio 1928, sono state approvate le *norme obbligatorie* per l'attuazione della legge. Ne ricordiamo le disposizioni più importanti.

La raccolta, l'asportazione e il deposito delle immondezze e materie putrescibili, nei centri di popolazione agglomerata, è disciplinata con criteri assai più rigorosi di quelli precedentemente in vigore. È prescritto che tali materiali, provenienti dalle case, esercizi, ecc. siano tenuti in recipienti coperti, fino al momento della asportazione, ed è vietato il loro deposito, anche temporaneo, nelle vie, nei terreni pubblici e privati, nelle aree scoperte entro i fabbricati o ad essi interposte, ecc.

Per la tenuta delle materie putrescibili e immondezze, provenienti da stabilimenti industriali, spetta al podestà, sentito l'ufficiale sanitario, di determinare speciali norme obbligatorie.

Le immondezze devono trasportarsi con re-

cipienti che non permettano disperdimenti, ed essere allontanate giornalmente dai centri di popolazione agglomerata. I carri per il trasporto debbono pure soddisfare ai requisiti determinati dal podestà, sentito l'ufficiale sanitario. La stessa procedura vale per la designazione delle aree destinate ai depositi di detti materiali, i quali devono distare almeno 500 metri dal centro di popolazione agglomerata ed essere costruiti in modo da render possibile il trattamento contro le mosche, che è obbligatorio. Spetta pure al podestà, sentito l'ufficiale sanitario, disciplinare la cernita e la utilizzazione delle immondezze e materie putrescibili.

Le scuderie e le stalle, quando il regolamento locale d'igiene ne consenta la tenuta nei centri di popolazione agglomerata, devono essere mantenute pulite ed avere le aperture esterne protette contro la penetrazione delle mosche, secondo le prescrizioni del podestà, sentito l'ufficiale sanitario; il letame deve essere asportato giornalmente.

La tenuta di depositi di pollame vivo, o di altri piccoli animali, è subordinata a licenza del podestà, previo accertamento sanitario delle condizioni che permettano il trattamento contro le mosche.

Le stalle di sosta, gli stallaggi e le scuderie, da aprirsi in occasione di fiere, feste o mercati, debbono essere preventivamente segnalati al podestà, per le prescrizioni dell'ufficiale sanitario nei riguardi della lotta contro le mosche.

Negli esercizi pubblici, negli spacci e nella vendita ambulante di generi alimentari devono esser protetti dalle mosche, coi mezzi più idonei prescritti dall'autorità sanitaria comunale, i locali di preparazione e consumazione dei cibi e delle bevande, le vivande messe in mostra, le sostanze alimentari che si consumano senza previa cottura, dipellamento o simili, le stoviglie e gli accessori di tavola.

Tutti i locali inoltre devono esser mantenuti puliti, ed i rifiuti esser raccolti in recipienti coperti.

Negli stabilimenti per la produzione o lavorazione di sostanze alimentari i locali di deposito, raccolta e preparazione devono essere difesi dalle mosche, e così i rifiuti e i residui di lavorazione; ciò vale anche per i mattatoi, sardigne, depositi di pelli fresche e residui animali; le norme per la protezione contro le mosche saranno indicate dal podestà sentito l'ufficiale sanitario.

Negli istituti di ricovero e di cura e nelle collettività spetta al prefetto stabilire le norme:

per la difesa dalle mosche delle dispense e cucine, e degli alimenti, bevande e medicinali, nonchè dei loro mezzi di trasporto;

per la protezione delle latrine, camere mortuarie e locali di ricovero di infermi di malattie infettive;

per il trattamento contro le mosche dei depositi di immondezze e rifiuti in genere;

per la raccolta, rimozione, distruzione ed eventuale ricupero dei materiali di medicatura usati.

Propaganda scolastica. È fatto obbligo a tutte le scuole primarie, pubbliche e private, di essere fornite, in ogni aula, di un esemplare del cartello murale di propaganda per la lotta contro le mosche edito a cura del Ministero delle finanze (Provveditorato generale dello Stato). Questo cartello riporta gli articoli della legge 29 marzo 1928 n. 858, ed i princìpi fondamentali della lotta contro le mosche; in suggestivi quadretti a colori vi sono inoltre dimostrati lo sviluppo e la moltiplicazione della mosca, il modo col quale essa diviene veicolo di contagio, ed alcuni dei dispositivi per tenerla lontana dalla cucina e dalle sostanze alimentari.

Le norme di legge per la lotta contro le mosche costituiscono, dunque, un complesso organico di misure la cui applicazione rigorosa toglierebbe quasi del tutto ai molesti e nocivi insetti i mezzi di sviluppo e di sussistenza, e trasformerebbe i centri abitati in modelli di pulizia. Esse dànno in mano agli ufficiali sanitari, che ne esigono l'osservanza, un'arma efficacissima per combattere ciò che, con parola volgare ma espressiva, si chiama il *sudiciume*.

Sarebbe però ingenuo credere che basti aver fatta la legge per sopprimere le mosche; appunto per la sua complessità organica la legge sarà di applicazione lenta e difficile e troverà ostacoli non indifferenti. Non possiamo però negare che già se ne vedano gli effetti, specialmente sulla nettezza urbana e sulla vigilanza annonaria, e sopratutto nel promettente inizio del formarsi di una *coscienza igienica* della necessità della lotta contro le mosche.

L'opinione pubblica infatti già si interessa a questa lotta, i giornali quotidiani ne trattano nei loro articoli, il consumatore esige che i generi alimentari siano difesi dalle mosche, i bambini delle scuole osservano i cartelli di propaganda e sentono parlare di guerra alle mosche, dappertutto sono messi largamente in vendita preparati moschicidi; infine *la legge contro le mosche*, la cui sola proposta, appena un anno fa, avrebbe fatto sorridere molte persone serie e molti pubblici amministratori, è ora da tutti riconosciuta ed apprezzata come un mezzo efficacie di tutela contro la propagazione delle malattie infettive e come un segno di civiltà e di progresso.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

L'abbonato n. 8235 dott. G. G. di T., formula il seguente quesito:

« Il parere dell'ufficiale sanitario comunale, di cui all'art. 5 del R. D. 22 ott. 1914 n. 1238, che approva il Regolamento per l'esecuzione della legge 19 giugno 1913 n. 632, per combattere l'alcoolismo, dev'essere richiesto anche

dai proprietari o fittaiuoli che intendono vendere al minuto il vino dei propri fondi, a norma dell'art. 10 dello stesso Regolamento e dell'art. 206 del Regolamento di P. S. 21 gennaio 1929 n. 62 »?

Per la vendita al minuto del vino in casa di proprietari o fittavoli a norma dell'art. 10 del R. D. 22 ottobre 1914 n. 1238, non si richiede il parere dell'ufficiale sanitario, di cui all'art. 5, perchè non trattasi di *esercizio pubblico;* tanto è vero che per tale vendita non c'è obbligo di licenza della P. S., ma di una semplice autorizzazione di polizia di carattere temporaneo. L'intervento dell'ufficiale sanitario è limitato ai pubblici esercizi.

A. Franchetti.

Al dott. L. F. da C. — Abb. n. 5111:

Per quanto riguarda gli argomenti di Igiene considerati nel programma di concorso per Allievo Ispettore sanitario nelle FF. SS., consulti i comuni trattati e manuali di Igiene, fra cui quelli di R. Cimmino (*Compendio di Igiene*, Idelson, ed., Napoli) e di A. Filippini (*Prontuario dell'igienista*, L. Pozzi, ed., Roma); l'igiene ferroviaria si trova soltanto in quest'ultimo.

Sull'alcoolismo, saturnismo, avvelenamento per ossido di carbonio, veda i consueti trattati di patologia medica o di medicina del lavoro; fra questi ultimi, quello recente di L. Ferrannini: *Medicina del lavoro*, F. Vallardi, ed., Milano.

Per gli elementi di psicotecnica, cfr. G. Loriga: *L'organizzazione umana del lavoro*, Bemporad, ed. (L. 7.70) e M. Ponzo: *Alla ricerca delle attitudini nei giovani*, G. B. Paravia, ed. (L. 16).

Per la profilassi dell'infortunio, consulti, oltre all'opera già citata di L. Ferrannini, anche P. L. Papanti-Pelletier: *Il medico di fabbrica*, G. B. Marsano, ed., Genova (L. 10).

Per il Regolamento di Igiene del lavoro, consulti: *Guida pratica per l'applicazione del Regolamento di igiene del lavoro*, Provveditorato generale dello Stato, Roma (L. 15).

Per quello che riguarda la legislazione (T. U. delle leggi sanitarie, Regolamento, ecc.), gran parte si trova in: *Raccolta di leggi sanitarie*, G. Pirola, ed., Milano (L. 15). Quanto non si trova in questa « Raccolta », potrà acquistarlo nelle edizioni di Pietrocola di Napoli.

Il *Regolamento del Servizio sanitario delle FF. SS.* lo richieda direttamente all'Ufficio Sanitario centrale delle FF. SS., Ministero delle Comunicazioni, Piazza Croce Rossa, Roma.

M. G.

Al dott. P. D. M., da F.:

Veda la risposta al dott. L. F., da C.

Al dott. A. A., da Milano:

L'*acqua di lauro ceraso*, che è indicata nella formula contro l'eritema actinoterapico, a pagina 247 del n. 7 del 1929, è l'acqua coobata di lauro ceraso, nota preparazione officinale che si ottiene facendo passare una corrente di vapore sulle foglie di lauro ceraso e ripetendo l'operazione su nuova quantità di foglie (donde il nome di coobata). Secondo le prescrizioni della nostra Farmacopea, tale acqua deve contenere non meno dell'1/1000 di acido cianidrico; la nostra Farmacopea proibisce inoltre la preparazione di tale acqua per semplice diluizione dell'essenza.

fil.

VARIA.

Eccessi e difetti negli abiti.

Tutti gli animali sentono il bisogno di ripararsi dalle temperature eccessive, dal freddo soprattutto. I vertebrati a sangue caldo, gli uccelli ed i mammiferi, sono provvisti di organi, le penne ed i peli, che insieme alla cute ed al grasso sottocutaneo provvedono a proteggere l'organismo dalla dispersione del calore.

L'aria, che è un cattivo conduttore del calore, raccolta tra penna e penna, tra pelo e pelo costituisce un ottimo isolante, tale da ridurre notevolmente la diffusione del calore dall'organismo verso l'esterno. Una pelliccia consta generalmente del 2 % di solido e del 98 % di aria, si ha così un gran rendimento di protezione termica con un peso relativamente minimo. Negli uccelli acquatici questa protezione è integrata da uno strato di grasso che ricopre le penne e tien lontana l'acqua, la cui conduttività per il calore è 240 volte quella dell'aria. Gli uccelli delle regioni artiche, dove la temperatura è di parecchi gradi sotto zero, conservano costantemente la temperatura di 43° mercè la protezione delle penne oleose. Una cavia dopo la tosatura perde il 36 % del suo calore, un coniglio con la pelle tosata e verniciata perde in una camera a temperatura ordinaria il 140 % del suo calore. La perdita di calore avviene non solo per conduzione ma anche per radiazione. Un fanciullo ricoperto d'oro che doveva figurare in un corteo papale morì di freddo.

L'uomo non possiede questo magnifico mezzo di protezione termica che hanno gli altri mammiferi. I peli che ricoprono la superficie cutanea sono, tranne che all'estremità cefalica, al pube ed alle ascelle, così radi che possono in effetti considerarsi come fattori affatto secondari della conservazione del calore organico.

Se si tien conto che anche gli animali abbondantemente provvisti di peli e penne, cercano il caldo durante le stagioni fredde, si accoccolano sotto i ripari, si ammassano e stringono l'un l'altro per evitare la dispersione di calore, si spiega come l'uomo abbia il bisogno di ricoprirsi d'indumenti che sostituiscano il fitto manto protettore di cui sono naturalmente provvisti gli altri mammiferi e gli uccelli.

A questo bisogno organico corrispondono speciali sensazioni termiche. Un uomo civilizzato posto nudo in un ambiente senza ventila-

zione trova non insopportabilmente calda la temperatura di 35°-37°; piacevole quella di 25°-30°, fredda quella di 15°, freddissima quella di 10°-12°.

È stato affermato che l'abitudine di portare gli abiti è più il prodotto della vanità, che della necessità.

Gli animali nella gara sessuale fanno sfoggio di alcuni loro attributi naturali, che mettono in mostra per sedurre gli individui del sesso opposto. Gli uomini primitivi non avendo altro da sfoggiare che la loro pelle ed i loro capelli presero ad imbrattarsi con colori, penne, collane fatte con conchiglie, anelli metallici e simili. Poi cominciarono a coprirsi parti del corpo con pelli di varie foggie, più a scopo di ornamento che di protezione. La copertura a scopo di protezione venne successivamente, ma conservò sempre il suo carattere ornamentale.

E anche nell'umanità civilizzata la sovrapposizione di questi due elementi è evidente. Gli abiti servono sì per proteggersi dagli eccessi di temperatura e dalle intemperie, servono anche a soddisfare il sentimento del pudore, ma rispondono soprattutto ad un bisogno di vanità.

Alcuni selvaggi vivono tuttora in regioni freddissime con la sola copertura di una pelle della grandezza di un fazzoletto posta sui fianchi.

Anche l'uomo civilizzato con l'acclimatazione può vivere senza alcuna copertura in ambienti freddi. Fino a poc'anzi, quando ancora non erano diffusi i moderni mezzi di riscaldamento, le modelle restavano immobili, completamente nude, per ore e ore negli studi degli artisti con temperature di 10°-14° senza avvertire alcuna sofferenza, senza soffrire alcun disturbo.

Le incessanti variazioni della moda provano quanto sia prevalente su quello protettivo il valore ornamentale degli abiti.

La moda investe tutti gli elementi dell'abbigliamento della persona, ma è soprattutto sugli abiti che imperversa con il suo capriccio.

La moda solletica essenzialmente il sentimento della distinzione e della vanità, e non meraviglia quindi se nelle alterne vicende del costume la comodità, i bisogni fisiologici siano stati sagrificati a quei sentimenti.

Si spiega così come alcuni indumenti siano divenuti veri strumenti di tortura, o comunque abbiano finito per non rispondere più allo scopo per cui furono introdotti nell'uso. Le donne della nostra generazione ricordano ancora i tormenti del busto, gli impacci delle gonne, i pesanti infagottamenti delle braccia e del collo.

Le donne moderne si sono liberate di tutto ciò. Il loro vestire succinto, se è deplorato dai moralisti brontoloni e dagli acidi *laudatores temporis acti*, merita tutta l'approvazione di chi conosce i bisogni dell'organismo. Gli abiti delle donne non sono più un impaccio alla respirazione, ai movimenti degli arti, non sono più i raccoglitori delle immondizie della strada. Essi lasciano alla carezza benefica del sole una larga superficie di pelle, lasciano esposte alle variazioni atmosferiche, al freddo soprattutto molte parti del corpo, e quindi temperano l'organismo, e liberandolo dagli impacci e dagli ingombri lo rendono più agile, più forte, più vivo. Alla moda moderna l'umanità deve la riduzione della patologia femminile, la scomparsa, quasi, della clorosi.

La donna in fatti di abiti si è mostrata in questi ultimi anni veramente rivoluzionaria, ha fatto progressi straordinari adattandosi alle sue vere esigenze fisiologiche. Gli uomini, al contrario di quanto avviene nel campo sociale, intellettuale e morale, si sono mostrati ultraconservatori. I tentativi di semplificare, alleggerire, rendere meno impaccianti gli abiti non hanno avuto successo. L'abbandono del cappello non ha avuta larga diffusione. Il timido tentativo d'introduzione nell'uso del così detto collo alla Robespierre abortì sul nascere. Quantunque esso liberasse dall'impaccio e dal tormento del colletto inamidato. Gli uomini invece hanno ancora reso meno igienici e meno comodi i loro abiti. La diffusione di soprabiti impermeabili non è certo commendevole.

I vestiti dovrebbero essere in ogni stagione quanto è più possibile leggeri, permeabili all'aria, così da non porre ostacoli all'evaporazione, e capaci di assorbire il sudore. Solo i vestiti di lana, cotone, lino, seta assicurano calore, leggerezza, elasticità. Quelli impermeabili, spessi o rigidi sono insopportabili.

Gli abiti sono eccessivamente pesanti. I sottoabiti pesanti, i cappotti di pelliccia sono necessari agli esploratori polari, ai soldati in trincea, non agli abitanti delle città. Non è necessario e forse è dannoso indossare un soprabito per andare a passeggio. La sensazione di freddo è opportuna perchè obbliga a far moto. I vecchi, i deboli, i mal nutriti hanno bisogno di coprirsi per impedire il raffreddamento che non può essere compensato dal lavoro muscolare.

Le precauzioni delle mamme nel coprire eccessivamente o nel riguardare dal freddo i loro bimbi sono molto dannose. Esse non sanno che i bambini sono come i selvaggi straordinariamente resistenti al freddo, alle intemperie, e perdono questa resistenza cautelandoli oltre il necessario. Il bambino ha il potere di adattare il proprio organismo alle condizioni climatiche, l'uomo adulto civile ha perduto questo potere perchè è stato male abituato da fanciullo. Un bambino ben nutrito può giuocare nudo in piena aria e luce anche quando non fa caldo: il sole vivifica i suoi tessuti, il freddo agisce come una sferza che l'incita a muoversi, a giuocare. Il bambino che vive esposto alle intemperie viene su certamente più robusto di quello allevato nella serra della casa.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per gli orfani dei Medici morti in guerra.

Oblazioni per festeggiare le auguste nozze di S. A. R. il Principe di Piemonte e S. A. R. la Principessa del Belgio.

I Elenco.

1)	Direzione Generale di Sanità Militare Minist. Guerra) . . .	L.	495,00
2)	Ordine dei Medici di Milano .	»	1.500,00
3)	Prof. Prassitele Piccinini - Milano	»	1.500,00
4)	Dott. Pietro Ramazzotti - Milano	»	100,00
5)	Ospedale Militare di Trieste .	»	170,00
6)	Ospedale Militare di Torino . .	»	110,00
7)	Col med. De Maria comm. Nicola (direttore di Sanità Militare di Trieste)	»	25,00
8)	Magg. med. Casetta (Scuola di Applicazione Artiglieria Genio di Torino)	»	10,00
9)	Ospedale Militare di Savigliano	»	60,00
10)	Cap. med. Del Senno dott. Giovanni	»	25,00
11)	Ten. col. Casapinta dott. Giovanni (direttore Ospedale Militare di Chieti)	»	100,00
12)	Ospedale Militare di Napoli . .	»	250,00
13)	Col. med. Pavia Caliman - Verona	»	10,00
14)	Ospedale Militare di Verona .	»	150,00
15)	Sanatorio Militare di Anzio . .	»	110,00

Inviare le oblazioni: Segreteria Orfani dei Medici morti in Guerra - Anzio.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Aramengo (*Alessandria*). — Scad. 20 feb. Per chiarim. rivolgersi Segreteria.

Bologna. *Istituto Ortopedico Rizzoli*. — Due medici assistenti. Scad. ore 17 del 15 feb.; v. N. 4.

Borgo Valsugana (*Trento*). — Scad. 15 feb.; con Telve di Sopra e Carzano; L. 8500 oltre indennità varie e c.-v.

Castelraimondo (*Macerata*). — Per Gagliole; scad. 28 febbr.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 10 gen.; stip. L. 9000 oltre c.-v., per trasp. L. 2500.

Firenze. *Comune*. — Tre posti di medico addetto all'Ufficio d'Igiene; L. 8100 e 8 trienni dec., oltre L. 1500 disagio professionale, indenn. c.-v. e indennità supplement. in L. 3000, modificabili; scad. ore 17 del 28 feb.; doc. a 3 mesi dal 4 gen.; età lim. 40 (45 a.). Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria Generale.

Fiuminata (*Macerata*). — Proroga a ore 18 del 28 febbr.

Galliate (*Novara*). — 2ª condotta. Scadenza 7 febbraio; v. N. 4.

Genazzano (*Roma*). — 2ª condotta; a tutto 28 febbr.; L. 9500 per 1000 pov.; 5 quadrienni dec.; c.-v.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 10 gen.

Gera Lario (*Como*). — Consorzio 4 Comuni; scad. ore 18 del 10 feb.; v. N. 4.

Mongorgiori (*Cagliari*). — Scad. 15 feb.; L. 9500 oltre L. 500 uff. san., c.-v.

Napoli. *Ospedali Riuniti*. — Concorsi a 21 assistenti chirurgi generici e 7 assistenti medici generici; scad. 15 feb. Concorsi a 2 assistenti nel reparto ostetrico-ginecologico degli Incurabili; 1 nel reparto e dispensario oculistico degli Incurabili; 3 nel reparto e dispensario dermosifilopatico dell'Ospedale della Pace; 3) pel servizio nell'Istituto anatomo-patologico; scad. 18 febb. Rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione degli Ospedali Riuniti (cortile Ospedale Incurabili).

Onano (*Viterbo*). — A tutto 5 marzo; L. 10.500 per 1000 pov.; addizion. L. 4 da 1001 a 2000 pov., L. 5 oltre; per uff. san. L. 500; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 21 gen.

Orte (*Viterbo*). — Prima condotta. Scadenza 10 febbraio; v. N. 4.

Poviglio (*Reggio Em.*). — A tutto 28 feb., 2ª condotta; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre lire 1000 indenn. di categoria, L. 500-3000 trasp., lire 500 ambulat.; addizion. L. 5 oltre i 1000 poveri; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 20 gen.; tassa L. 50,15.

Roma. *Governatorato*. — Otto posti di medico condotto di II Classe; scad. ore 12,30 del 28 feb. V. N. 4.

Sassari. — Direttore Tecnico del Consorzio provinciale antitubercolare di Sassari. Stipendio annuo lordo lire 30.000 compresa indenn. servizio attivo di L. 2.000. Indenn. viaggi uguale ai funzionari di 1° grado della Amministraz. Provinciale. Età minima anni 30, massima 45. Documenti di rito. Titoli sulla specialità od equipollenti; costituisce titolo di preferenza la docenza in Tisiologia o materia affine al Concorso. Assunzione servizio entro 15 giorni dalla partecipazione. Divieto assoluto dell'esercizio della professione libera. Scadenza 28 febbraio. Chiarimenti alla Segreteria del Consorzio (Palazzo del Governo) in Sassari.

Sermione (*Brescia*). — Scad. 15 feb.; L. 9000 più le altre indennità e diritti portati dal Capitolato provinciale.

Teramo. *Congregazione di Carità*. — Aiuto chirurgo nell'Ospedale Civile; L. 5000, oltre caro-vita in L. 51,75 mensili se celibe, L. 151,75 se coniugato; 15 % proventi per compensi operatorii; scadenza ore 12 dell'8 febbr.; tassa L. 50; età lim. 35 a.; doc. a 2 mesi dal 15 gen.; nom. e conferma quadriennali.

ZUCCARELLO (*Savona*). — Consorzio per i comuni di Zuccarello, Castelvecchio, Erli e Cisano sul Neva. Stipendio lordo L. 9.400 per i poveri con aumen. di un ventesimo, ogni biennio e per 10 bienni, indennità trasporto L. 3000, assegno per ufficiale sanit. L. 500. Età massima a. 35, salvo per coloro che già prestano servizio in altre condotte. Domanda in carta da bollo, documenti, titoli, ecc., debbono pervenire all'Ufficio Municipale di Zuccarello, non oltre le ore 18 del 20 marzo. Per ulteriori chiarimenti chiedere bando di concorso all'Ufficio stesso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Guido d'Ormea, ispettore generale dell'Opera Naz. Maternità e Infanzia, è nominato anche vice-direttore dell'Opera stessa.

Il presidente della Croce Rossa Italiana S. E. il senatore Cremonesi ha recentemente « motu proprio » conferito al prof. Manna Arturo la medaglia di bronzo al merito con la seguente motivazione: « Animato da sentimenti umanitari e di simpatia verso l'Associazione, organizzò e condusse a termine, con ottimi risultati, due corsi per Infermiere a Palestrina ».

Il prof. Leonardo Martinotti è nominato preside della Facoltà medica dell'Università di Bologna.

La notizia relativa alla nomina del dott. Aurelio Angeli, chirurgo primario interino nell'Ospedale di Prato, a direttore dell'Ospedale medesimo, inserita nel N. 1, deve considerarsi come non data.

Il prof. Werner Gerlach, di patologia generale e anatomia patologica ad Halle, passerà, col 1° aprile, alla stessa cattedra in Basilea, ove succederà al prof. R. Rössle.

Alla cattedra di Halle è stato chiamato il prof. Julius Wätjen, da Berlino.

Federazione italiana fascista per la lotta contro la tubercolosi.

Il nuovo Ufficio di Presidenza è risultato così costituito: presidente: on. prof. Raffaele Paolucci; vice-presidenti: sen. prof. Edoardo Maragliano, on. prof. Eugenio Morelli, prof. Arcangelo Ilvento; segretario generale: dott. Federico Bocchetti; tesoriere: dott. Eschilo Della Seta; consiglieri: prof. Guido Mendes, prof. Gaetano Ronzoni, prof. G. B. Roatta, prof. Vincenzo Fici, prof. Carlo Benedetti, prof. Pietro Zannelli, prof. Andrea Ferrannini, dott. Emilio Ricci, prof. Guido Malan, prof. Lorenzo Cherubini; delegati regionali: prof. Arturo Campani, prof. Luigi Sagona, prof. Gioacchino Breccia, prof. Antonio Fagiuoli.

Commissioni giudicatrici di libere docenze.

Sono nominate, per il biennio 1930-31, le seguenti commissioni giudicatrici di libere docenze:

Batteriologia e Immunologia: Lustig Alessandro, Di Mattei Eugenio, Bertarelli Ernesto; supplenti: Puntoni Vittorio, Petragnani Giovanni.

Chimica fisiologica: Bottazzi Filippo, Aggazzotti Alberto, Ducceschi Virgilio; supplenti: Lorenzini Giovanni, Amantea Giuseppe.

Chimica e Microscopia clinica: Cesa-Bianchi Domenico, Ascoli Maurizio, Di Guglielmo Giovanni; supplenti: Galdi Francesco, D'Amato Luigi.

Clinica delle Malattie nervose e mentali: Fragnito Onofrio, Besta Carlo, Cerletti Ugo; supplenti: Zalla Mario, Ceni Carlo.

Clinica delle Malattie urinarie - Urologia: Donati Mario, Alessandri Roberto, Taddei Domenico; supplenti: Righetti Carlo, Lasio Giovanni.

Clinica medica: Micheli Ferdinando, Ascoli Maurizio, Frugoni Cesare; supplenti: Galdi Francesco, Silvestrini Raffaello.

Fisiologia applicata all'aviazione: Herlitzka Amedeo, Gemelli Agostino, Gabbi Umberto; supplenti: Gallerani Giovanni, Visco Sabato.

Fisiologia sperimentale: Bottazzi Filippo, Aggazzotti Alberto, Baglioni Silvestro; supplenti: Amantea Giuseppe, Clementi Antonio.

Igiene - Igiene sperimentale: De Blasi Dante, Ottolenghi Donato, Manfredi Luigi; supplenti: Ronzani Enrico, Gardenghi Giuseppe.

Istologia - Istologia ed Embriologia - Istologia e Biologia generale: Diamare Vincenzo, Cotronei Giulio, Giacomini Ercole; supplenti: Pensa Antonio, Veratti Emilio.

Medicina Legale: Lattes Leone, Moriani Giuseppe, Ottolenghi Salvatore; supplenti: Bianchini Giuseppe, Pellegrini Rinaldo.

Odontiatria e Protesi dentaria: Beretta Arturo, Fasoli Gaetano, Perna Amedeo; supplenti: Rovida Camillo, Palazzi Silvio.

Parassitologia: Alessandrini Giulio, Condorelli Mario, Trambusti Arnaldo; supplenti: Marassini Alberto, Sacerdotti Cesare.

Patologia coloniale - Patologia esotica: Gabbi Umberto, Izar Guido, Zagari Giuseppe; supplenti: Pontano Tommaso, Mariani Giuseppe.

NOTIZIE DIVERSE.

Riunione internazionale dei servizi di sanità militare.

In occasione dell'Esposizione internazionale, che si terrà a Liegi per la commemorazione del centenario dell'indipendenza belga, il Governo del Belgio ha convocato in quella città dal 18 al 21 luglio i Capi dei servizi sanitari dell'Esercito, della Marina e dell'Aeronautica di tutte le Nazioni ed i membri del Comitato permanente dei Congressi internazionali di medicina militare. I temi posti all'ordine del giorno sono: 1) « Creazione di un ufficio internazionale di documentazione medico-militare »; 2) « Vantaggi che derivano dallo scambio dei medici militari fra le varie Nazioni in tempo di pace, dal punto di vista del loro perfezionamento scientifico e professionale ». Ciascun delegato dovrà fornire un succinto rapporto su tali questioni, e le decisioni che saranno prese in questa riunione internazionale, di capitale importanza, avranno certamente una grande influenza sull'avvenire della Medicina militare. Per informazioni rivolgersi alla Direzione Generale della Sanità Militare, Ministero della Guerra, Roma.

Congressi medici francesi.

Il 21° Congresso francese di medicina (che si adunerà a Liegi durante il mese di settembre, in occasione delle feste pel centenario dell'indipendenza belga), discuterà i temi: « Gli stati ipertiroidei »; « Il metabolismo del calcio »; « Trattamento insulinico degli stati non diabetici ».

Il 39° Congresso dell'Associazione francese di chirurgia (Parigi, 6 ottobre e ss.), tratterà i temi: « Pancreatiti croniche », relatori Lambret e Sauvé; « Spondilite traumatica (malattia di Kümmel-Verneuil) », relatori Froelich e A. Mauchet.

Il Congresso francese d'ortopedia (Parigi, 9 ottobre) svolgerà i temi: « La coxa vara degli adolescenti », relatore Huc; « Le paralisi ostetriche dell'arto superiore », relatore A. Rendu.

Il 30° Congresso francese di urologia (Parigi, 7 ottobre) avrà per tema: « Le contusioni renali ed i loro esiti remoti », relatore Gérard.

Il 34° Congresso degli alienisti e neurologi della Francia e dei paesi di lingua francese (Lilla, 21-26 luglio), ha nel programma un tema di psichiatria: « Il liquido cefalo-rachidiano nelle malattie mentali », relatore Lamache; uno di neurologia: « I riflessi di posizione elementare », relatore Delmas-Marsalet; uno di assistenza sanitaria: « L'applicazione della legge sulle assicurazioni sociali ai malati con disturbi mentali », relatore Calmettes.

La 9ª Riunione neurologica (Parigi, giugno), tratterà i temi: « Le sciatiche », relat. H. Roger; « La reazione della neuroglia », relatori Roussy e Lhermitte.

Il 4° Congresso delle Società francesi d'otoneuro-oftalmologia (che avrà luogo a Bruxelles durante il 1930 in epoca da destinarsi), svolgerà i temi: « Le paralisi laringee », relatori Barré e Terracol; « I disturbi dei movimenti associati degli occhi », relatori O. di Marzio e A. Fumarola.

Per il 7° Congresso nazionale della tubercolosi, che si adunerà a Bordeaux durante il 1930, in epoca da destinarsi, sono fissati 4 temi e cioè: di biologia: « Il problema della batteriologia del bacillo tubercolare », relatori Bezançon, A. Philibert e J. Paraf; di patologia e clinica: « La diagnosi di attività della tubercolosi polmonare », relatori Leuret e Caussimon; di medicina sociale: « Come rendere accessibile ai tubercolotici indigenti il trattamento pneumo-toracico », relatori Küss, Secousse e Piéchaud; di medicina militare: « La profilassi della tubercolosi nell'esercito », relatore Pilod; inoltre verrà fatta una conferenza su di una questione d'attualità.

La Riunione idrologica e climatologica di Montpellier (29 marzo) si occuperà dei pruriti e loro trattamento idrominerale, relatori J. Magiht (basi fisiopatologiche) e J. Anglada (clinica).

Il Congresso annuale dei medici di lingua francese dell'America del Nord (indetto a Montreal pel 15 settembre e ss.) esaminerà i temi: « La fisioterapia in tutte le sue forme », « Le colecistiti ».

Raduno di medici idrologi.

La Sezione Italia Settentrionale dell'Associazione Italiana Idroclimatologica attuerà, nei giorni 16-17 del corrente febbraio, un raduno di medici sul Garda (Gardone-Fasano-Malcesine), che si porterà poi ad Arco e a Trento, svolgendovi un programma scientifico-pratico, che sarà al più presto reso pubblico. Hanno dato piena adesione alla iniziativa S. E. il Prefetto di Trento, il Comitato Provinciale Concorso Forestieri nel Trentino, il Sindacato e l'Ordine dei Medici di Trento e parimenti il Sindacato e l'Ordine di Brescia, ove avverrà, la mattina del 16 febbraio, il concentramento dei medici partecipanti. Hanno parimenti assicurato il più cordiale appoggio gli Enti di ciascuna Stazione Idroclimatica del Garda e del Trentino; anche varii eminenti clinici hanno aderito a questa iniziativa che ha ad un tempo carattere scientifico e patriottico.

Congresso russo di ostetricia e ginecologia.

Il 9° Congresso degli ostetrici e ginecologi dell'U. R. S. S. è preannunziato per il maggio 1931 a Mosca; temi delle relazioni: « L'ostetricia nell'U. R. S. S., nelle linee generali della protezione alla maternità e all'infanzia », « Cancro dell'utero »; « L'aborto artificiale, sorgente di affezioni muliebri ». Inoltre si raccomandano alla attenzione dei congressisti i soggetti seguenti: « Pielite in ginecologia e ostetricia », « Preparazione all'intervento operatorio e sequele operatorie », « Il compito del sistema nervoso vegetativo e del sistemo endocrino nella biologia e nella patologia della donna ».

Corsi complementari d'igiene pratica.

Avranno luogo, per aspiranti ufficiali sanitari, negli Istituti d'igiene delle Università di Firenze e di Pavia, a partire rispettivamente dal 17 marzo e dal 2 aprile, per la durata di un bimestre, sotto la direzione dei proff. Giuseppe Gardenghi ed Ernesto Bertarelli. Tassa d'iscrizione L. 300 (oltre ai bolli ed ai diritti di diploma). Domande fino al 28 febbraio e al 31 marzo rispettivamente. Chiedere annunzi ai direttori dei corsi.

Corso accelerato di clinica della tubercolosi.

All'Ospedale « Benito Mussolini » è incominciato il corso accelerato di clinica della tubercolosi per medici condotti.

All'inaugurazione il dott. Lusignoli, in nome del Segretario Generale dell'A. N. F. P. I., ha ringraziato l'on. Benni, presidente della Confederazione della Industria e i dirigenti la Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali che hanno agevolato la organizzazione di questo Corso; ha salutato il prof. Ilvento, capo dell'Ufficio Antitubercolare della Direzione della Sanità, che rappresentava S. E. Fornaciari; ha esternato tutta la gratitudine che i medici condotti hanno per l'on. Morelli; ha presentato infine i 50 medici condotti del Lazio che seguono questo primo Corso.

L'on. prof. Morelli ha pronunziato la prolusione, che è stata una esposizione di molti dei problemi che formano il tema tubercolare.

Corso di Clinica per le malattie professionali a Torino.

Il 14 gennaio, nell'aula di Clinica Medica della R. Università di Torino, il prof. Gustavo Quarelli ha tenuto la prolusione al nuovo corso recentemente istituito per l'insegnamento delle malattie professionali, dal titolo « Compito e limiti dell'insegnamento e doveri del medico nei rapporti della nuova legge dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali ». Erano presenti il magnifico Rettore prof. Pivano, moltissimi membri della Facoltà Medica, tra i quali i proff. Micheli, Donati, Morpurgo, Bizzozero, Allaria, Vicarelli, Malan, il prof. Devoto direttore della Clinica del Lavoro della R. Università di Milano, numerosi primari dell'Ospedale Maggiore di San Giovanni Battista e un foltissimo gruppo di medici e studenti, attestanti con la loro presenza l'interesse suscitato dalla nuova istituzione.

Preventorio antitubercolare.

La Società Solvay & C.ie, con sede principale a Bruxelles, in occasione del matrimonio di S. A. R. il Principe di Piemonte ha stanziato L. 500.000 per la fondazione di un Preventorio per tutti i suoi dipendenti (impiegati, operai e relative famiglie). Detto Preventorio sorgerà nelle montagne toscane e all'uopo sono già incominciate le ricerche e gli studi.

L'istituzione sarà intitolata ai Principi Umberto e Maria.

Elargizione ingente.

Il sig. Edward Harkness, figlio del socio di Rockefeller sen., ha donato venti milioni di dollari all'Università Yale di New Haven (Connecticut). L'Harkness ha già elargito, a istituti di beneficenza e di cultura, quasi cento milioni di dollari, pari a quasi due miliardi di lire st.

Per gli studi di urologia in Francia.

L'Associazione Francese di Urologia ha ricevuto una donazione di 200.000 franchi per un « premio Etienne Taesch », da conferire ogni anno ad un medico o ad uno studente in medicina di nazionalità francese, di età non superiore a 30 anni, preferibilmente interno od ex-interno di ospedali ed i cui contributi siano stimati utili ai progressi dell'urologia.

Nella stampa sanitaria.

La Casa editrice Masson annunzia la pubblicazione di una « Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie », la quale si propone di ospitare i lavori — sempre più numerosi e importanti — prodotti nel campo medico da studiosi e da clinici dell'America latina. Inoltre, attraverso una copiosa rubrica di recensioni, il periodico rispecchierà tutti i progressi compiuti dalla medicina nell'America latina.

Sono stati costituiti dieci Comitati organizzatori. Segretario generale sarà il Dr. João Coelho, al quale è stata indirizzata una lettera di consenso e di plauso da un gruppo di 16 medici francesi reputati, che conoscono e ammirano l'America latina. Essi auspicano all'iniziativa un pieno successo in nome della latinità: « Essere latini, significa essere formati da secoli alla disciplina del pensiero chiaro, al rigore dei metodi, alla dialettica che allea lo spirito critico più acuto all'iniziativa intellettuale più ardita ».

* * *

Notiamo che anche l'America settentrionale fa un lavoro di penetrazione nell'America meridionale, per quanto concerne il campo medico, attraverso un'edizione del giornale dell'Associazione Medica Americana. Così pure la Germania, attraverso un periodico dell'Istituto d'igiene navale e tropicale di Amburgo. Naturalmente alla testa è la Spagna.

Lo sviluppo sempre più imponente dell'America latina giustifica tutte queste iniziative.

Purtroppo, noi italiani restiamo assenti, malgrado la copia dei nostri emigrati in America. Per fortuna provvedono gli stessi emigrati a rinsaldare i vincoli con l'Italia: segnaliamo, ad esempio, i « Folia clinica et biologica » pubblicati a S. Paolo del Brasile da un gruppo di medici italiani, a cura dei dottori A. Busacca e Di Vannucci, in lingua portoghese e italiana: cogliamo l'occasione per esprimere il nostro compiacimento per questa affermazione d'italianità.

Epidemia di psittacosi.

Una grave epidemia di psittacosi si è manifestata nell'America Meridionale, durante la seconda metà del 1929. Varie scintille se ne sono prodotte in molti altri Paesi.

Il primo focolaio epidemico venne accertato in luglio e in agosto, a Córdoba. La sintomatologia singolare sembrava inesplicabile: per solito localizzazione pneumonica o bronco-pneumonica o cortico-pleurica, a focolai multipli; a volte semplici fenomeni catarrali e angine spurie; adinamia pronunziata; fenomeni nervosi, delirio; febbre intensa; tosse molto molesta ma quasi senza espettorato; evoluzione lenta, convalescenza protratta; mortalità elevata. La maggior parte dei medici pensava trattarsi di una forma influenzale, quando il dott. E. de Barros indicò la vera natura della malattia: si trattava di psittacosi, malattia individuata una quarantina di anni or sono da Gilbert e Fournier a Parigi. La diagnosi era avvalorata dalla coesistenza di una gravissima epizoozia tra gli uccelli. La malattia sarebbe stata introdotta a Córdoba con l'importazione di uccelli esotici infetti.

Poco tempo dopo, la pestilenza colpiva Alta Gracia, a 35 Km. da Córdoba. In seguito essa s'installava a Tucumán. Poi raggiungeva Buenos Aires e si estendeva ad altre città.

È questa la più grave e diffusa epidemia di psittacosi che sia stata registrata fin'oggi.

Come si è detto, dall'America meridionale la letale malattia è stata importata anche altrove, particolarmente nell'Inghilterra e nella Germania. Principali veicoli ne sono stati, come al solito, i pappagalli. Essa desta giustificate apprensioni.

L'asueroterapia all'Accademia Medica di Genova.

In un'adunanza dell'Accademia Medica di Genova il prof. Masini ha fatto una comunicazione sull'asueroterapia. Ha rilevato che molti anni or sono il rinologo francese Bonnier ebbe già a sperimentare con prudenza scientifica la riflessoterapia, mediante lo stimolo della mucosa nasale, guardandosi dal farne una panacea. L'oratore ha suggerito che il metodo sia intitolato al Bonnier ed ha proposto di eseguire delle ricerche di controllo.

Nella discussione il prof. Pende ha affermato che occorre ammettere un meccanismo psicoterapico; ha ricordato che lo stimolo, per la via nasale, del vago, può essere pericoloso nei cardiopatici. Alla discussione, che ha destato vivo interesse, hanno preso parte anche i proff. D. Maragliano, De Cigna e Viale.

Il prof. Panegrossi.

In un incidente automobilistico il prof. Giuseppe Panegrossi, primario medico al Policlinico di Roma, è rimasto ferito, per fortuna lievemente, del che esprimiamo il nostro cordiale compiacimento all'insigne collega.

Dati demografici sull'Italia.

Dal Bollettino mensile dell'Istituto Centrale di Statistica (supplemento alla « Gazz. Uff. »), n. 12 del 1929, rileviamo alcuni dati.

La popolazione totale d'Italia era, in cifre tonde, di milioni 16.5 nel 1700; 18.1 nel 1800; 26.8 alla fine del 1871; 34.8 alla fine del 1911; 41.168 alla fine del 1928.

L'aumento di popolazione è stato di 485.359 unità nel 1922; di 499.520 nel 1923; di 461.600 nel 1924; di 439.463 nel 1925; di 414.280 nel 1926; di 453.929 nel 1927; di 430.174 nel 1928.

Il numero di emigrati, in questo periodo, è andato da un massimo di 391 mila nel 1923 ad un minimo di 191 mila nel 1928; il numero dei rimpatriati da un massimo di 211 mila nel 1925 ad un minimo di 147 mila nel 1928; l'eccesso di emigrati sui rimpatriati si è ridotto a 44 mila nel 1928, mentre era stato di 240 mila nel 1923.

Le principali città italiane contavano i seguenti numeri di abitanti al 1° novembre 1929: Napoli 972.140; Milano 961.437; Roma 908.547; Genova 621.702; Torino 586.329; Palermo 445.880; Firenze 315.883; Catania 280.877; Venezia 258.083; Trieste 250.885; Bologna 243.291; Taranto 120.804.

A 74 anni è morto in Roma il prof. gr. uff. ALFONSO TORTI.

Dopo aver percorso la carriera della Clinica medica, dove Baccelli lo ebbe particolarmente caro, vinse il concorso di primario medico negli Ospedali. Per le sue peculiari qualità, presto assurse alla carica di direttore; e dopo avere onorevolmente tenuto gli ospedali di S. Giacomo e di S. Giovanni, fu chiamato dalla fiducia di Ballori (direttore generale degli Ospedali) ad organizzare i servizi nel Policlinico Umberto I, quando questo venne aperto. Per circa un quarto di secolo rimase direttore sanitario del grande Ospedale e fu anche per molti anni capo dei servizi sanitari di tutti gli Ospedali di Roma.

Sullo scorcio del 1928 era andato a riposo.

In tutti gli uffici coperti Egli portò dedizione assoluta al dovere, grande rettitudine, mente aperta alle innovazioni pratiche, spirito sereno e sempre conciliante. Per il senso di responsabilità nelle cariche pubbliche, rinunziò gradatamente alla ricca e numerosa clientela.

Da una intensa e proba vita pubblica e privata ha raccolto larghissima estimazione tra i colleghi e nel pubblico.

Alla famiglia vanno le nostre condoglianze più affettuose. V. A.

È morto di male fulmineo a soli 38 anni il dott. GASPARE AREZZO PANDOLFI, ufficiale sanitario di Pozzallo. Si distinse molto in guerra; fu all'Ospedaletto di Campo di Amberieux, all'Ospedale Internazionale di Liegi, all'Ospedaletto da Campo di Senuer in Albania; passato nella R. Marina, fu destinato medico particolare di S. E. De Vecchi, Governatore dell'Eritrea. Dimessosi, assunse l'incarico di primo assistente all'Ospedale Civile « Umberto I » di Ancona. Tornato al paese natio, da professionista apprezzato e valoroso tenne alto il senso di responsabilità ed assolvette con delicato sentimento altruistico i vari incarichi affidatigli, fra i quali quello di Presidente dell'Opera Maternità ed Infanzia. La sua perdita ha destato profondo dolore.

F. A.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 ott. — R. NOEL e H. PIGEAUD. Teoria di Mendel ed eredità patologica nell'uomo.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 6 ott. — A. GALLI. Intossicaz. acuta da applicaz. percutanea di tintura di iodio.

Brit. Med. Journ., 1 ott. — R. M. PEARCE. Trattamento dell'influenza con S.U. P. 36. — T. E. OSMOND. La prova di Hinton per la sifilide.

Rass. Internaz. di Clin. e Ter., sett. — P. COSTANTINI. La tiroide negli animali castrati. — M. DE MENNATO. Iniez. di luminal sodico nella cisterna magna per le cure delle paracusie.

Morgagni, 6 ott. — F. DE STEFANO. Se l'urotropina si elimina con la bile.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 10 ott. — R. HAUTECHAUD. Elioterapia tetanigena.

Scalpel, 12 ott. — Resoconto del 6° Congresso dei ginecologi e ostetrici di lingua francese.

Nederl. Tijdsch. v. Geneesk., 12 ott. — J. HEKMAN. Encefalite post-vaccinica.

Ann. d'Ig., set. — G. COSTANTINO. Reaz. di Botelho. — L. PINELLI. Agglutinine a fiocchi ed a granuli nella siero-prognosi della tifoide.

Mediz. Welt, 12 ott. — C. R. SCHLAYER. Ipertonia essenziale e rene grinzo maligno. — J. BAUER. Il bambino grasso.

Mediz. Klinik, 11 ott. — P. TRENDELENBURG. Farmacoterapia dell'insufficienza cardiaca. — A. v. HABERER. Affezioni pancreatiche quali indicazioni alle operazioni precoci nelle vie biliari.

Cultura Med., 30 set. — Resoconto del 3° Congresso Naz. Antitubercolare.

Arch. Mal. des Reins, ecc., ott.— E. PAPIN. Il dolore renale. — F. AMAN-JEAN. La regione toracolombare studiata per piani.

Zbl. f. Chir., 12 ott. — H. HELLNER. Struma di durezza ferrea. — E. VERTÁN. L'ac. borico quale antisettico in chirurgia.

Arch. Ital. di Chir., 4. — C. CHIANELLO. Effetti della simpatectomia dell'a. ipogastrica sugli organi genit. interni femm. — L. TORRACA. Cardiolisi alla Brauer nella pericardio-mediastinite adesiva. — L. BACCARINI. Sulle cosidette cisti ossee.

Presse Méd., 12 ott. — O. CROUZON e L. JUSTIN-BESANÇON. Il parkinsonismo post-traumatico. — V. BELLOT. Cura sclerosante delle emorroidi in unica seduta.

Minerva Med., 13 ott. — G. MIRONE e U. REITANI. Associaz. del B. perfrigens con bacilli dissenterici e para-.

Medicina Ibera, 12 ott. — G. SUAREZ. Splenopneumonia e sue complicazioni.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., ott. — K. M. BOWMAN. Terapia paratiroidea nella schizofrenia. — S. M. WEINGROW. Quoziente respiratorio interaccessuale negli epilettici.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ABBONAMENTI AL "POLICLINICO" PER IL 1930:

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) Alla sola sezione pratica (settimanale). .	L. 65	L. 105	(2) Alle due sezioni (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(1-*a*) Alla sola sezione medica (mensile). . .	L. 45	L. 55	(3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica). . .	L. 100	L. 150
(1-*b*) Alla sola sezione chirurgica (mensile) .	L. 45	L. 55	(4) Alle tre sezioni (pratica medica e chirurgica)	L. 120	L. 180

Tutti gli associati che invieranno non oltre il 28 corrente l'intero importo del proprio abbonamento pel 1930, potranno, coll'aggiunta di sole . . Lire 20

ricevere PRONTAMENTE UNO dei due volumi qui sotto indicati alle lettere *a*), *b*):

a) **DIAGNOSTICA DELLE MALATTIE PARASSITARIE.** (Prof. C. Basile). Prefazione del Prof. Vittorio Ascoli . . . . prezzo di copertina L. 33.—

b) **LA VOCE PARLATA E CANTATA, NORMALE E PATOLOGICA.** *Guida allo studio della fonetica biologica.* (Prof. G. Bilancioni). Prefazione del Prof. S. De Sanctis. » » » 35.—

e coll'aggiunta di sole . . . . . Lire 10

ricevere, a loro scelta, UNO dei sette volumi indicati qui sotto alle lettere *c*), *d*), *e*), *f*), *g*), *h*), *i*):

c) **L'INSUFFICIENZA DEL CUORE** *con speciale riguardo ai concetti moderni di Fisiopatologia.* (Dott. E. Periti). Prefazione del Prof. L. Siciliano . . . . prezzo di copertina L. 22.—

d) **CARDIOGRAFIA ED ELETTROCARDIOGRAFIA, ANGIOGRAFIA.** (Prof. D. Maestrini). Prefazione del Prof. S. Baglioni . . . . » » » 20.—

e) **MORFOLOGIA CLINICA E FISIOPATOLOGIA DEL CUORE.** (Prof. A. Rossi). Prefazione del Prof. Luigi Lucatello . . . . » » » 15.—

f) **LA CLINICA DELLA ADESIONE PERICARDICA** (*Fibrechia del cuore*) **NELL'ASPETTO SUO DIAGNOSTICO.** (Prof. G. L. Sacconaghi) . . . . . . » » » 20.—

g) **LA SANOCRISINA NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. Note critiche e Osservazioni cliniche.** (Prof. E. Trenti). Prefazione del Prof. Vittorio Ascoli. » » » 20.—

h) **RADIUMTERAPIA.** *Manuale per i medici pratici.* (Dott. L. Cappelli). Prefazione del Prof. F. Ghilarducci . . . . » » » 18.—

i) **I DISTURBI DEL SONNO E LORO CURA.** (Prof. A. Romagna Manoia). Prefazione del Prof. G. Mingazzini . . . . » » » 18.—

e coll'aggiunta di sole . . . . . Lire 8

ricevere, a loro scelta, UNO dei nove volumi indicati qui sotto alle lettere *j*), *k*), *l*), *m*), *n*), *o*), *p*), *q*), *r*):

j) **L'IMPORTANZA DELLE PARATIROIDI SECONDO LE ODIERNE VEDUTE.** (Dott. Vittorio Ghiron) . . . . prezzo di copertina L. 14.—

k) **LA BISMUTERAPIA DELLA SIFILIDE.** (Dott. F. Travagli) . . . . » » » 12.—

l) **LA DIAGNOSI MEDICO-LEGALE DELLA NEVROSI DEI TRAUMATIZZATI. Il rilievo e il significato dei sintomi.** (Prof. A. Ciampolini). Prefazione del Prof. Cesare Biondi . . . . » » » 12.—

m) **L'ASMA BRONCHIALE NEI MODERNI CONCETTI.** (Prof. P. Stanganelli) . . . . » » » 12.—

n) **CONCETTO E DIAGNOSTICA DELLA TISI INIZIALE.** (Prof. A. Capogrossi) . . . . » » » 12.—

o) **LE COLONIE SANITARIE MARINE MILITARI. Nozioni di terapia marina, solare e di educazione fisica.** (Dott. F. Bocchetti). Prefazione del Prof. A. Sclavo . . . . » » » 10.—

p) **TUBERCOLOSI ED ESERCITO.** (Dott. F. Bocchetti). Prefazione del Prof. Sen. G. Sanarelli . . . . » » » 12.—

q) **TUBERCOLOSI E SANATORI. Trattamento igienico-dietetico.** (Prof. G. Mendes). Prefazione del Prof. Sen. A. Lustig . . . . » » » 10.—

r) **LA LEGISLAZIONE SANITARIA IN RAPPORTO ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE.** (Dott. Alberto Vigo: *doctor Justitia*) . . . . » » » 16.—

e coll'aggiunta di sole . . . . Lire 6

ricevere UNO dei quattro volumi indicati qui sotto alle lettere *s*), *t*), *u*), *v*):

s) **LA GROSSA MILZA MALARICA E LE SUE COMPLICAZIONI.** *Studio clinico-operativo.* (Prof. O. Cignozzi) . . . . prezzo di copertina L. 12.50

t) **LA MODERNA LOTTA CONTRO LE MALATTIE SESSUALI.** (Dott. F. Travagli) . . » » » 10.—

u) **TEORIA DELLE VITAMINE E SUE APPLICAZIONI.** *Saggio di vitaminologia.* (Dott. G. Lorenzini). Prefazione di Charles Richot . . . . . . » » » 10.—

v) **DEI MEDICI FUTURI.** (Augusto Murri) . . . . » » » 8.—

e coll'aggiunta di sole . . . . . Lire 3

ricevere: UNO dei due volumi indicati qui sotto alle lettere *x*), *y*):

x) **LA BLENORRAGIA E LE SUE DANNOSE CONSEGUENZE PER L'INDIVIDUO, LA FAMIGLIA E LA SOCIETÀ.** (Prof. L. Morini) . . . . . . prezzo di copertina L. 5.50

y) **L'INTOSSICAZIONE GRAVIDICA NELLA SUA GENESI E NELLE SUE FORME CLINICHE.** *Lezioni.* (Prof. E. Alfieri) . . . . . . » » » 8.—

N.B. ☛ *È consentito però di richiedere anche* **tutte** *le predette Monografie. Chi le desidera ne accresca il* **rispettivo** *ammontare in ragione di Lire 20, di Lire 10, di Lire 8, di Lire 6 o di Lire 3 ciascuna.*

Per l'estero, al prezzo netto dei suddetti volumi, aumentare il 10 % per le occorrenti maggiori spese postali di spedizione.

☛ *Intestare i Vaglia Postali al nome dell'editore LUIGI POZZI. ROMA, Ufficio Succursale diciotto, ROMA.*

Per gli abbonamenti alle nostre Riviste di branche speciali cumulativi con il "POLICLINICO", vedere alla pagina seguente.

Per le altre Riviste DI SPECIALITÀ non pubblicate dalla nostra Casa, ma concesse in abbonamento cumulativo col "POLICLINICO" vedere alla pagina 242

ANNO XXXVII — Roma, 10 Febbraio 1930 — Num. 6

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTA SINTETICA.

Dott. G. DRAGOTTI.

Il dolore nelle affezioni del sistema nervoso.

Il dolore è il sintoma più significativo e più precoce nella maggioranza delle malattie. Esso costituisce il campanello d'allarme, il primo avviso rivelatore di un'alterazione funzionale o materiale degli organi.

Nelle condizioni normali, ordinarie della vita le funzioni dei vari organi e sistemi si svolgono e si compiono senza che la coscienza ne abbia consapevolezza. Essa ha cognizione dell'esistenza dell'organismo per quella sensazione vaga, indefinita che costituisce la così detta cenestesi.

Ma non appena le cose non si svolgono secondo il ritmo ordinario, la coscienza ne è avvertita a mezzo di una sensazione penosa che nei suoi gradi più accentuati raggiunge la forma di dolore, nelle sue molteplici varietà quantitative e qualitative.

Nella sua espressione più semplice il dolore fisico può definirsi come una sensazione, che turba sgradevolmente lo stato emotivo-sentimentale, e dovuta ad un'eccitazione anormale agente sulle varie parti del sistema nervoso cerebro-spinale o autonomo. In definitiva è un grido della natura denunziante la rottura dell'equilibrio organico.

Quale che sia il punto di partenza e la causa del dolore, perchè questo si verifichi occorre la piena efficienza del sistema nervoso, la integrità delle terminazioni nervose sulle quali agisce l'eccitazione anormale, del centro di percezione, delle vie colleganti le terminazioni stesse con il centro di percezione.

Le sensazioni dolorose hanno vie particolari distinte da quelle di altre forme di sensibilità.

Head ha differenziato per la sensibilità generale due sistemi:

1) Un sistema epicritico, discriminatore, speciale della pelle, un vero apparato sensoriale analogo a quello degli altri sensi specifici, il quale costituisce l'organo del tatto e di discriminazione termica. Attraverso questo apparato si trasmettono impressioni che dai centri cerebrali sono trasformate in sensazioni specifiche;

2) Un sistema protopatico (dolore primitivo) comune a tutte le parti del corpo, di natura primitiva, che è capace di trasformare le eccitazioni prodotte da agenti anomali o dannosi, compresi quelli costituiti da tempe-

rature eccessivamente alte o basse, in sensazioni dolorose.

I recettori ed i conduttori di questa sensibilità protopatica sono costituiti dai nervi simpatici.

Tutte le fibre sensitive del sistema cerebrospinale come del simpatico confluiscono attraverso le radici posteriori verso i segmenti delle corna posteriori del midollo, ciascuno dei quali costituisce un'unità anatomica e funzionale per l'intero metamero del corpo.

Si chiama dermatoma la striscia di pelle, del tronco come degli arti, la cui sensibilità è sotto la dipendenza di una radice posteriore.

Se si eccita una radice posteriore intatta si provoca un dolore violento senza localizzazione precisa a causa della diffusione dell'eccitazione a vari metameri. Lo stesso fatto si verifica, a radice sezionata, ma in questo caso la sensibilità rimane abolita nel dermatoma innervato dalla radice stessa.

Tuttavia se si eccita fortemente il moncone periferico di una radice sezionata si ha dolore, il che prova che la conduzione avviene nel nervo periferico in senso contrario all'abituale, che è cellulipeta. Per questa conduzione cellulifuga o antidromica l'eccitazione si propaga al dermatoma corrispondente alla radice sezionata, si diffonde attraverso il reticolo di Apathy alle terminazioni nervose di dermatomi vicini, e di qui per la via abituale cellulipeta raggiunge i centri midollari.

Questo fatto anatomo-fisiologico dà ragione delle irradiazioni dolorose che si aggiungono al dolore principale causato dalla lesione iniziale.

I dolori riferiti delle lesioni viscerali hanno un meccanismo analogo. Le fibre viscerali simpatiche, che conducono l'eccitazione della lesione viscerale causa del dolore locale, si sfioccano nelle corna posteriori attorno ai neuroni della sensibilità generale e trasmettono ad essi l'eccitazione, che viene proiettata come sensazione dolorosa nei dermatomi corrispondenti.

A ciascuno dei segmenti midollari che riceve le fibre afferenti del dermatoma cutaneo e delle zone segmentarie sottocutanee e viscerali (miomeri e splancnomeri) è legato il ganglio intervertebrale corrispondente, che costituisce una stazione di transito. Le fibre provenienti da questi gangli e da quelli simpatici hanno i primi sfioccamenti nelle corna posteriori e nei nuclei bulbari di Goll e di Burdach, e percorrendo quindi tutto il midollo ed il tronco cerebrale raggiungono il talamo.

Per Head, Holmes e Edinger il talamo è l'ultima tappa centrale delle vie dolorifiche, e quindi la corteccia cerebrale non prenderebbe alcuna parte alla fisiologia del dolore. Questa veduta contrasterebbe con l'opinione corrente, secondo la quale ogni eccitazione nervosa non può divenire sensazione che quando impressiona la zona sensitiva della corteccia cerebrale, la cui parte principale sarebbe localizzata nella parietale ascendente. In effetti le vie talamo-corticali sono così numerose da fare ammettere la trasmissione delle impressioni dal talamo alla corteccia. D'altra parte la clinica dimostra che le lesioni della supposta zona corticale sensitiva provocano disturbi sensitivi nella metà controlaterale del corpo.

Il dolore nelle affezioni del sistema nervoso, a parte i caratteri speciali di localizzazione e diffusione, è ricco di tonalità la cui gamma si estende all'infinito, di varietà qualitative che è difficile catalogare.

Il dolore può essere leggero fino a passare inosservato quando non vi si concentri l'attenzione e raggiungere gradi di violenza tali da provocare lo shok.

Dalle semplici molestie del prurito, dell'ipersensibilità, del formicolio, dell'incordamento, del torpore, della puntura si va al martirio delle trafitture, del laceramento, della morsa del bruciore, della folgorazione e simili.

La sensazione dolorosa può essere localizzata in un sol punto ed essere molto diffusa, superficiale e profonda, spontanea o provocata dalla pressione, intermittente, a crisi accessionali, continua, comparire solo in determinate circostanze.

Nella fenomenologia del dolore, oltre al disturbo subiettivo, si hanno concomitanti somatici rappresentati da reazioni motorie e circolatorie: gesti e atteggiamenti diversi, posizioni e contrazioni antalgiche o di difesa, modificazioni dell'espressione, del respiro e del polso, disordini vasomotori.

Tutti questi caratteri (sede, diffusione, risonanza, intensità e modalità del dolore, concomitanti somatici) costituiscono elementi importanti per risalire alla diagnosi di sede e di natura della lesione algogena.

L'elemento diagnostico più significativo è forse quello della distribuzione della sensazione dolorosa.

Sicard ha schematizzato nel modo seguente le differenti sensazioni e le principali caratteristiche del dolore in relazione alle diverse parti del sistema nervoso interessate:

1) *Nervi cutanei*: essenzialmente prurito;

2) *Nervi periferici*: formicolio, stiramenti, incordamento, senso di peso, talvolta a forma acuta molto viva e parossistica. Il dolore è esacerbato dalla pressione sul tronco nervoso, dai movimenti e sopra tutto da quelli che provocano l'allungamento del nervo. È calmato dal rilasciamento dell'arto;

3) *Plessi*: sensazioni analoghe a quelle dei nervi periferici ma con irradiazioni globali a tutto l'arto. Il dolore è esacerbato dalla pressione locale sulle regioni dei plessi (regione sopra- e sottoclavicolare per l'arto superiore, esplorazione rettale per la regione lombare, esplorazione vaginale per la regione lombosacrale);

4) *Funicoli e forami di coniugazione*: le stesse sensazioni date dai plessi: trafitture. Segni caratteristici e costanti: contrattura paravertebrale antalgica, intensificazione del dolore alla percussione ed alla palpazione paravertebrale;

5) *Gangli e radici*: sensazioni di trafitture, di costrizione, di folgorazione. Dolore a carattere prevalentemente spontaneo, esacerbato dalla tosse e dallo sternuto, non intensificato dalla percussione e dalla palpazione paravertebrale. Assenza di contrattura paravertebrale;

6) *Midollo spinale*: sensazioni dolorose diverse: dolore puntorio, lancinante, folgorante, terebrante, urente secondo la sede della lesione. Il dolore può essere spontaneo o intermittente o continuo a tipo causalgico. Il dolore è esasperato dal minimo scuotimento. Spesso reazioni motorie violente dell'arto interessato.

Possono aversi anche parestesie (formicolio, torpore, sensazione di scossa elettrica, ecc.);

7) *Mesencefalo*: dolori molto vivi, profondi, continui, lancinanti, parossistici, caratteristici della sindrome talamica e della mesocefalite epidemica. Reazione algica a forma algomioclonica;

8) *Corteccia cerebrale*: sopra tutto sensazione di distensione penosa;

9) *Sistema simpatico*: sensazione di compressione, distensione, formicolio e sopra tutto di bruciore (causalgia) con irradiazioni frequenti e parossistiche (nevralgismo). Segno caratteristico: il dolore spesso è diffuso, continuo, particolarmente influenzato dallo stato igrometrico, accompagnato da reazioni simpatiche diverse: sudori profusi, pelle d'oca, midriasi, facies inquieta;

10) *Cenestalgia o dolore psicopatico*: questo dolore è d'origine corticale, può essere di origine e natura schiettamente psichica, senza cause somatiche apprezzabili, o avere come punto di partenza un lieve fatto irritativo del simpatico. È costituito da sensazioni diverse, molteplici e generalizzate: formicolio, stringimento, distensione, oppressione, ecc. Il dolore è continuo. La faccia del soggetto rivela l'inquietudine, l'ansia, l'angoscia. Tali dolori sono stati finora impropriamente ritenuti immaginari.

La simpatalgia, il nevralgismo, la cenestalgia rappresentano stati nei quali la nota dominante può essere data dall'elemento simpatico o da quello psichico, ma spesso riesce difficile fare una distinzione marcata tra queste diverse condizioni.

Il dolore del sistema cerebro-spinale, il dolore simpatico ed il dolore psicopatico possono essere associati e sovrapporsi l'uno all'altro.

Il dolore dipendente da alterazione dei nervi periferici può assumere varie forme ed intensità. Esso non è un sintomo esclusivo delle lesioni dei nervi sensitivi o sensitivo-motori, ma anche di quelli esclusivamente motori. Così il facciale può dar luogo a manifestazioni sensitive, in rapporto all'irritazione di fibre sensitive che pare formino parte integrante del nervo stesso.

Il dolore può essere in rapporto a lesioni anatomiche ben evidenti del nervo (nevrite) che si estrinsecano anche con altri disturbi obiettivi riflessi, motori, trofici e secretori o non dipendere da alcuna causa anatomica apparente e dominare quasi da solo la sindrome (nevralgia).

Nelle neuriti il dolore è molto forte nelle lesioni degli involucri del tronco nervoso (perineuriti). In questo caso sono irritati dapprima i filamenti nervosi che si distribuiscono agli involucri stessi (nerva nervorum), ed il dolore è prevalentemente locale. Successivamente la infiammazione tende a diffondersi al connettivo interneurale, con la conseguente compressione ed irritazione delle fibre proprie del nervo. Il dolore allora si aggrava e si diffonde a tutto il territorio del tronco nervoso. Un esempio tipico di questo processo si ha nella neurite reumatica brachiale e sciatica, nelle quali i sintomi iniziali o esclusivi sono costituiti da fenomeni irritativi, dolenzia locale ed iperestesia diffusa, e solo eccezionalmente o tardivamente compaiono i segni della lesione nervosa da compressione (indebolimento dei riflessi, amiotrofia, distrofia della pelle e delle unghie).

Nella neuralgia mancano o sono meno accentuate le parestesie e le distesie nel corso del periodo di latenza. Il dolore è molto più violento, accessionale. Senza cause apparenti si scatena improvvisamente l'accesso doloroso che s'inizia in una parte del territorio del nervo per poi generalizzarsi in un parossismo violentemente penoso.

Attualmente si ha tendenza a limitare il campo delle neuralgie essenziali, intese come affezioni non dipendenti da lesioni organiche. Così il dolore della neuralgia del trigemino viene considerato come un fenomeno sensorio riflesso dipendente da una neurite acuta dei filamenti terminali della polpa dentaria, riflesso analogo ad altri fenomeni quali la lagrimazione, la salivazione, l'arrossamento, l'edema che sono concomitanti della neuralgia stessa. Tale veduta sarebbe confermata dal fatto che a lungo andare non di rado si verificano disturbi obiettivi della sensibilità ed anche amiostenie nel campo di distribuzione del trigemino, ossia una lesione effettiva del nervo.

Il dolore in questa forma è lancinante, terebrante, o simile alle sensazioni date dalle punte di fuoco, dalla scarica elettrica, o addirittura come se nella faccia scoppiasse un razzo di fuoco d'artificio.

Un meccanismo analogo a quelle del trigemino avrebbe le nevralgie dello sciatico, quantunque il carattere del dolore sia meno vivo e meno accessionale. La sciatica pura sarebbe un fatto sensitivo riflesso con punti di partenza vari, tra i quali i meglio accertati sarebbero le lesioni dell'articolazione sacro-iliaca ed anche coxo-femorale.

Le algie radicolari e funicolari hanno caratteri per i quali si distinguono nettamente dalle accennate nevralgie tronculari.

Le radici hanno sede intrameningea, sono bagnate dal liquido cefalo-rachidiano e risentono quindi della patologia meningo-midollare; il funicolo è extrameningeo, è circondato dal foro di coniugazione e appartiene quindi alla patologia vertebrale; il tronco nervoso invece ha una patologia affatto periferica.

Il dolore radicolare ha una disposizione nettamente metamerica, è accompagnato da disturbi obiettivi sensitivo-motori, è esagerato dalla tosse e dallo sternuto.

Il dolore funicolare ha i medesimi caratteri del dolore radicolare con l'aggiunta che è sempre accompagnato da un'inflessione vertebrale controlaterale antalgica, e da punti dolorosi paravertebrali rilevabili alla percussione.

Questo dolore si riscontra tipicamente nella sciatica a tipo funicolare, nella quale esso è localizzato al rachide e lungo la distribuzione dello sciatico, nella lombaggine con dolore ai lombi ed a cintura, nella nevralgia detta intercostale, nel reumatismo cervicale cronico.

Queste forme, radicolari e funiculari, hanno anche questo di caratteristico che a differenza di quanto avviene nelle forme tronculari, il dolore non è esagerato dallo stiramento del nervo e perciò in esse il segno di Lasègue è quasi sempre negativo.

Come il dolore radicolare è prodotto da compressione da parte di processi meningei, quello funicolare dipende da lesioni vertebrali. Tuttavia vi sono forme nelle quali manca ogni lesione meningea o osteoarticolare e che pertanto meriterebbero il nome di radicalgie, funicolalgie essenziali, alle quali si attribuisce una patogenesi diatesica, allergica o reumatica.

Il dolore da lesione dei gangli intervertebrali ha forma e distribuzione analoghe a quelle dei dolori radicolari. Si ha nella forma più tipica nell'herpes zoster, nel quale il disturbo trofico periferico (vescicole) è accompagnato, con la medesima diffusione radicolare, da vivo dolore urente e puntorio, tale da far dare alla malattia il nome di fuoco di S. Antonio.

Le affezioni del midollo, malgrado esso comprenda le fibre sensitive provenienti da tutto il tronco e dagli arti, sono le meno dolorose. In genere può dirsi che sono senz'altro indolori quelle affezioni che colpiscono esclusivamente le parti motorie o che invadono lentamente le parti sensitive.

La poliomielite anteriore acuta è in generale indolore, è dolente nelle forme diffuse con lesioni della sostanza bianca e delle meningi.

La sclerosi laterale amiotrofica e le mieliti croniche non sono mai accompagnate da dolore.

La sclerosi a placche, malgrado la diffusione delle lesioni, può dare parestesie ma mai vere algie. Anche la siringomielia raramente dà dolore.

Gli stessi tumori intramidollari sono meno dolenti di quelli con altra sede.

Nei tumori extramidollari, come in tutte le forme di compressione midollare il dolore è in rapporto a lesioni radicolari o funicolari.

Solo le mieliti trasverse acute e gli ascessi midollari sono accompagnati da dolori.

I comuni dolori della tabe non sono midollari, ma radicolari. Oltre quelli a crisi i tabetici possono soffrire dolori continui, incessanti quasi sempre localizzati agli arti inferiori, a tipo causalgico. Questi dolori sono senza dubbio midollari ma sono in rapporto ad eccitazioni non delle fibre sensitive del sistema centrale, bensì delle fibre simpatiche midollari.

I dolori d'origine schiettamente midollare sono puntori, lancinanti, terebranti, urenti, sono quasi sempre bilaterali ed hanno una localizzazione ben precisa. Ma, come si è già detto, le lesioni midollari pure raramente danno veri dolori. Si tratta per lo più di parestesie, sensazioni di formicolio, d'impaccio, di scosse elettriche, che non hanno valore diagnostico se non sono associate ad altri sintomi clinici, se non sono convalidati dal reperto degli esami radiografici e biologici (esame del liquor).

Le sindromi talamiche oltre i fatti motori (emiplegia lieve e spesso regressiva, emiatassia, movimenti coreo-atetosici negli arti paretici) ed i disturbi della sensibilità obiettiva (emianestesia persistente, asteregnosia) dànno dolori vivi, spontanei, persistenti, parossistici, localizzati non solo negli arti paretici, ma anche alla faccia e al tronco e talvolta anche all'occhio ed alla lingua. Questi dolori, che possono anche costituire il sintomo esclusivo della sindrome talamica (forma emialgica pura di Lhermitte e Fumet) sono molto influenzati dalla temperatura (esacerbati dal freddo, calmati dal caldo) e, quel che più è interessante, risentono anche l'influenza del tono affettivo.

Le algie talamiche, come gli altri disordini subiettivi della sindrome stessa, strane, imprecise sensazioni moleste di freddo, di caldo, di pressione, ecc., sono spesso intollerabili e persistenti, tali da indurre uno stato di angoscia e di disperazione che talvolta ha condotto al suicidio.

Le algie stesse insieme alle neuralgie, particolarmente del V paio, provocate da tumori dell'angolo ponto-cerebellare, appartengono alla categoria dei dolori prodotti da affezioni encefaliche.

Però in queste ultime affezioni, qualunque sia la natura, la sede del processo morboso, il disturbo subiettivo prevalente è la cefalalgia.

La cefalea può dipendere da affezioni vasali, meningee, neoplastiche, infettive e endocraniche, da condizioni generali tossiche endogene o esogene o infettive, può essere legata ad altri stati nervosi (neurastenia, epilessia, emicrania, ecc.) o essere indipendente da qualsiasi causa manifesta e costituire la cefalea essenziale.

In tutte queste condizioni la cefalalgia ha caratteri particolari (forma, intensità, sede, durata, periodicità) che costituiscono nella maggioranza dei casi buoni indizi per l'accertamento dell'affezione causale.

Esistono forme dolorose che per il loro modo di origine, per i loro caratteri qualitativi, per la loro distribuzione non possono mettersi in conto di alterazioni di nessuna parte del sistema nervoso centrale e periferico. Si tratta di dolori spontanei o provocati dal minimo contatto, ed esacerbati dalle emozioni, i quali si stabiliscono per lo più in seguito a shock emotivi o a stati passionali in soggetti a sistema nervoso tarati. Sono localizzati in parti anatomiche intere, ad una mano od un piede, al coccige, al sacro e sopra tutto alle parti sessuali. La loro distribuzione è molto analoga a quella delle anestesie isteriche.

Si tratta di psicalgie, ossia dolori d'origine puramente psichica, caratteristici oltre che per la loro distribuzione, per la fissità, e per il fatto che si accentuano quando il paziente vi porta su l'attenzione o in seguito ad emozioni.

Le psicalgie hanno caratteri comuni con i dolori legati alle sindromi talamiche e sono state appunto spiegate con uno stato d'inibizione della corteccia, per modo che manca il controllo sui centri subcorticali, controllo che si eserciterebbe attraverso le vie cortico-talamiche.

Le psicalgie avrebbero quindi un meccanismo perfettamente opposto a quello immaginato per le anestesie isteriche, in quanto in queste gli impulsi sensitivi provenienti dai centri inferiori non raggiungerebbero la coscienza perchè inibiti da altri processi mentali.

Da distinguersi nettamente da questi dolori psicopatici sono le simpaticalgie, dovute ad irritazioni dei filamenti simpatici che si distribuiscono agli organi interni, ai vasi, agli stessi tronchi nervosi.

Queste forme dolorose sono interessanti per il fatto che esse durano insistenti e moleste, continue o accessionali, senza che vi sia alcuna perturbazione fisiologica, alcuna alterazione anatomica delle parti dalle quali prendono origine.

La più caratteristica di queste simpaticalgie è la così detta causalgia. Questa si manifesta per lo più in conseguenza di traumatismi del mediano e dello sciatico popliteo interno, anche senza che si verifichino lesioni alteranti la compagine del nervo. È caratterizzata da sensazione di bruciore, di puntura di spillo, di costrizione al palmo della mano o alla pianta dei piedi, sensazioni che sono esacerbate dalle emozioni forti, dagli stimoli sensoriali improvvisi (rumori, luce viva, odori forti) dal caldo, mentre sono alleviati dal freddo.

La sindrome può essere isolata o sovrapporsi ai sintomi dolorosi della neurite tronculare.

La causalgia scompare con la denudazione dell'arteria sopprimendosi così il sistema simpatico dell'arto, operazione che per altro è stata tentata con vario successo in tutte le altre simpaticalgie.

Pure di natura simpatica è il dolore che si ha nelle forme morbose vasomotorie, quali la sindrome di Raynaud, l'eritromelalgia, l'edema angioneurotico. Il dolore è un sintoma prevalente e costante nell'eritromelalgia. Nel morbo di Raynaud manca nelle fasi iniziali e compare sopratutto quando si stabiliscono le lesioni distrofiche. Le aree cutanee colpite dall'edema angioneurotico possono essere sede di prurito, ed anche di un vero dolore. La stessa malattia quando ha localizzazione viscerale può provocare coliche addominali accessionali e forti al punto da far pensare a gravi lesioni organiche. L'errore può indurre ad inutili interventi chirurgici.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPIZIO UMBERTO I.
Primario: Prof. G. LAURENTI.

Tentativi di cura calcio-vitaminica nella tubercolosi polmonare.

Dott. BARBÈRA GIOVANNI, assistente.

Una delle questioni maggiormente dibattute nella patologia e nella clinica della tubercolosi è certamente quella del ricambio del calcio e della cosidetta demineralizzazione del tubercolotico. Sull'argomento è stata scritta una enorme quantità di lavori senza pertanto che si sia ancora giunti ad un accordo definitivo.

I quesiti sono molteplici.

1) Anzitutto è veramente provato che l'organismo affetto da tubercolosi perda grandi quantità di minerali per causa della malattia senza possibilità di supplire alle perdite con le sole sostanze introdotte mediante l'alimento?

2) Se questo si verifica, basta aumentare l'apporto di minerali e principalmente di calcio regolando la dieta in modo da introdurre il massimo di sali e diminuire al minimo le perdite?

3) E se non basta la maggiore introduzione di minerali, esistono dei mezzi per utilizzare maggiormente o per fissare quelli che normalmente si introducono per via enterale o paraenterale?

4) E infine, rendendo l'organismo malato di tubercolosi ricco di minerali e principalmente di calcio, si verificano guarigioni anatomiche delle lesioni più che non succeda in individui lasciati a sè o curati coi soliti mezzi?

Tutti questi punti sono di capitale importanza sia per delucidare alcuni concetti di pa-

togenesi della tubercolosi polmonare e su cui non voglio soffermarmi, sia per regolare in modo favorevole alcune questioni di terapia. Poichè sarebbe un bel guadagno, dopo di aver stabilito che l'organismo affetto da tubercolosi è demineralizzato, remineralizzarlo mediante alimenti o medicamenti, con o senza la coadiuvazione di agenti fissatori e assistere alla cicatrizzazione e calcificazione delle lesioni e alla guarigione anatomica e clinica dei focolai morbosi.

Purtroppo invece allo stato attuale delle nostre conoscenze teoriche e dei risultati pratici non vi è nulla di chiaro e di definito.

Sul primo punto e cioè sulla realtà della demineralizzazione del tubercolotico le opinioni sono molto controverse, poichè i risultati dei vari ricercatori che hanno studiato il ricambio del calcio e del fosforo nell'uomo sano e nel malato sono quanto mai in contraddizione. Ciò dipende in primo luogo dal modo come queste ricerche sono state condotte. Stabilire con esattezza il ricambio del calcio è impresa di grande difficoltà perchè si basa su metodi che implicano tecniche complicate e perchè si deve tener conto di molteplici fattori. Si devono ritenere di nessun valore tutti quei risultati in cui non è stato tenuto conto del Ca insolubile eliminato con le feci (fosfati di Ca) e in cui invece si è tenuto solo conto del Ca solubile eliminato con le urine; si devono inoltre rifiutare tutti i bilanci del Ca stabiliti mediante i micrometodi che da Pietravalle, Hirtz, Klotz e altri sono stati trovati inesatti e anzi fonte di errori grossolani; e infine si devono ritenere più vicine alla verità solo le ricerche basate sul metodo ponderale, che è molto indaginoso e richiede grandi quantità della sostanza in esame, e quelle che hanno tenuto conto dell'urina, feci, sangue ecc.

Come ho detto le opinioni sono alcune volte in completa opposizione. Così per es. per Robin e Gaube il tubercolotico si trova in miseria minerale. Ferrier e Sergent hanno sostenuto che la demineralizzazione esiste ed è specialmente a carico dei sali di calcio. Teissier e Rebattu trovarono perdita dei sali di calcio e dell'anidride fosforica in animali resi sperimentalmente tubercolotici. Manoussakis dice che la tubercolosi altera in tutta la sua durata profondamente gli scambi calcici e che invece la ricchezza di Ca è condizione sfavorevole alla tubercolizzazione. Tutti poi conoscono le osservazioni fatte sui fornaciai, sugli addetti ai forni di calcio e in genere su tutti gli operai addetti al maneggio dei sali di calcio: parrebbe che in questi individui siano rari i casi di tubercolosi e che anzi se qualcuno di essi era all'inizio del lavoro tubercolotico vedeva in poco tempo migliorare e guarire le manifestazioni morbose anche se queste erano gravissime. Perciò fu introdotta la terapia recalcificante, preconizzata e attuata da Ferrier, che consiste da una parte nell'evitare i regimi alimentari decalcificanti e dall'altra nel supplire alle perdite con sali di Ca introdotti per bocca (tricalcina, glicerofosfato di Ca ecc.) o per via parenterale. C'è finanche qualcuno che si è lodato del guscio d'uovo finemente polverizzato e introdotto insieme con gli alimenti.

Gli studi più recenti e più esatti perchè fondati su esatti bilanci del calcio mettono invece molto in dubbio che nel tubercolotico si abbiano gravi perdite minerali. Così Mayer non trovò deficit di Ca, di anidride fosforica e di magnesio, Labbé e Galippe non trovarono differenze notevoli fra sani e malati circa l'eliminazione globale del Ca. La fosfaturia che realmente esiste in alcuni tubercolotici può essere imputata all'ipercloridria (falsa fosfaturia). La resistenza alla tubercolosi di coloro che inalano polveri calcaree può essere dovuta ad azione meccanica dei sali di calcio che stimolano la sclerosi. Si dubita se nei tubercolotici sia più facile la carie dentaria (uno degli argomenti su cui maggiormente si basò Ferrier) e molti non hanno trovato differenze statistiche fra sani e malati. E ancora Barkus, Weigert, Mayer, Wells, hanno dimostrato che i tessuti dei vari organi di individui morti di tubercolosi polmonare contengono tanto in calcio (nelle ceneri) quanto gli individui sani. Cosicchè si rimane molto in dubbio sulla realtà della demineralizzazione nei tubercolotici e certamente questa non è il più grave fenomeno che si verifichi nella tubercolosi.

Circa il secondo punto e cioè se basta una maggiore introduzione di sale di Ca per produrre un effetto benefico generale e sulle lesioni, pare che si abbiano ancora dati negativi. Così Denis e Minot non trovarono alcun aumento della calcemia dopo aver somministrato a persone sane 6 gr. al giorno di lattato di Ca per 10 giorni. Heubner e Rona iniettando al gatto sotto cute 0,25 gr. di $CaCl_2$ per kgr. di peso ebbero un transitorio aumento della calcemia, ma i valori tornarono alla norma dopo cinque o sei ore; con la iniezione endovenosa dopo due ore. Mayer e Wells non trovarono aumento del Ca tessurale somministrando lattato di Ca alla cavia tubercolotica e negano perciò che il trattamento calcico abbia influenza sull'evoluzione della tubercolosi sperimentale.

Perciò si è concluso che la somministrazione di sali di Ca non modifica durevolmente la

calcemia. Pare perciò indispensabile, se si vuole ottenere una maggiore utilizzazione del Ca, non tanto aumentarne la introduzione quanto cercare di fissarlo mediante speciali sostanze.

E, rispondendo alla terza domanda, allo stato attuale delle nostre conoscenze si può dire che esistono veramente delle sostanze capaci di fissare il Ca e, comunque, di renderlo meglio utilizzabile. Alla conoscenza di tali sostanze si è arrivati dopo gli studi sui meccanismi di regolazione del metabolismo del Ca, che si sa ormai essere sotto il dominio di fattori ormonici, fisici e vitaminici. Operando con questi coadiuvanti si sono fatti molteplici tentativi di cura in svariate malattie alla cui base era un disturbo del metabolismo del Ca.

Gli ormoni che principalmente hanno influenza sul ricambio del Ca sono l'adrenalina e più ancora gli ormoni paratiroidei. L'adrenalina è stata proposta da Sergent e pare abbia una debole azione calciofissatrice sebbene questa sia stata negata da Leon Bernard e Vitry e da Manoussakis.

Invece i preparati paratiroidei hanno una enorme importanza, con essi Collip ha potuto provocare delle vere sindromi ipercalcemiche ed impedire la tetania in animali privati delle paratiroidi, essendo noto che la tetania è una sindrome da ipocalcemia. Cosicchè secondo Collip, Manoussakis ecc. le paratiroidi sono di importanza capitale nel metabolismo del Ca.

Gli altri regolatori del ricambio calcico sono le vitamine e principalmente la vitamina D (Drummond) chiamata E da Funk. Sono notissimi gli studi sulla rachitide sperimentale nel ratto giovane messo in regime avitaminico mediante le diete di Pappenheimer, MacCollum ecc. e ormai è accertato che basta la giunta a queste diete di quantità infinitesimali di sostanze contenenti vitamina D (olio di fegato di merluzzo, altri grassi animali ecc.) per impedire il rachitismo sperimentale.

Oppure agendo con mezzi fisici, e cioè irradiando le diete prive di vitamina, è possibile ancora impedire il rachitismo sperimentale, poichè è provato che la irradiazione attiva i materiali alimentari provocando la formazione della vitamina forse da una provitamina (Pohl, Windaus, Hess) molto diffusa in natura e che sarebbe anche stata individuata nella ergosterina.

Perciò appare certo che per il ricambio del Ca occorre o l'apporto esterno della vitamina calciofissatrice (grassi animali) o l'apporto della provitamina che nello stesso organismo per effetto della parte di spettro ultravioletto della luce solare si trasforma in vitamina. Una conferma si è avuta dalla benefica azione della vitamina D introdotta per bocca o formata nei tessuti irradiati con la lampada di quarzo, nella rachitide.

Oltre che nel rachitismo l'ergosterina irradiata è stata sperimentata nella tetania (Rohemer, Marfan, Strote); nell'osteomalacia (von Krehl, Starlinger); nell'anemia perniciosa (Beck, Rosenow) e nelle sindromi emorragiche (Selye), nei nati da parti prematuri, nelle anoressie e nelle infezioni dei bambini, nella cura locale di ferite torpide (Bond) ecc.

Non mi risulta invece che sia stata usata per la cura della tubercolosi polmonare, anzi Bamberger e Spranger che la usarono nelle forme ossee e sierose dei bambini nella clinica di Greifswald siccome ebbero segni di intolleranza, malessere, inappetenza, pallore, vomiti, lesioni renali ecc. fanno della tubercolosi polmonare una netta controindicazione aprioristica all'uso delle ergosterine irradiate.

Invece a me è parso giustificato, in rapporto alla quarta domanda che ho premesso, di rendere l'organismo malato di tubercolosi ricco di Ca mediante l'apporto del minerale, e il suo fissaggio con la vitamina D per osservare se eventualmente si verificassero da una parte miglioramenti dello stato generale e dei sintomi generali (febbre, astenia, dimagramento ecc.) e dall'altra arresto, cicatrizzazione e calcificazione delle lesioni polmonari. E cioè osservare se basta l'impregnazione dell'organismo col Ca perchè questo venga utilizzato a seppellire i germi e a isolare le lesioni o se invece fattori molto più complessi non siano a base della guarigione anatomica, guarigione che noi vediamo comunemente, di cui spesso scopriamo gli esiti, e di cui non conosciamo ancora in alcun modo la intima essenza.

Che se la cura calcica, ho pensato, condotta così razionalmente e cioè con l'apporto del minerale in quantità sufficiente e con la coadiuvazione di un potente agente fissatore come la vitamina D si dimostrasse inutile, e cioè non recasse alcun vantaggio al tubercolotico a maggior ragione sarebbero da abbandonare tutte le cure recalcificanti, nelle minime dosi e per le vie per cui abitualmente vengono praticate, dalla tricalcina... al guscio d'uovo polverizzato.

Ho perciò preso in esame sedici malati dell'Ospizio Umberto I alcuni ricoverati, altri frequentanti l'ambulatorio. In otto di essi ho praticato la sola cura calcica con vari medicamenti sia per bocca (tricalcina, glicerofosfato di calcio) sia per iniezione sottocutanea (zimolattato di Ca) sia per iniezione endovenosa (cloruro di Ca). In altri otto ho praticato le stesse cure aggiungendo la vitamina D sotto forma di ergosterina irradiata e in mezzo oleoso.

Non avendo a disposizione mezzi di irradiare l'ergosterina in modo da dosarla esattamente, mi sono servito delle ergosterine irradiate del commercio, scegliendole fra quelle che hanno già dimostrato buona azione sul rachitismo. Ho così sperimentato il Vigantol di Merck, l'Irrasterina Byla e lo Sterogyl Roussel. Queste sostanze, tutte in mezzo oleoso, si sono dimostrate di azione pressochè eguale con le stesse dosi e tutte sono state controllate biologicamente sul ratto messo a dieta avitaminica.

Non ho mai avuto fatti di intolleranza come quelli segnalati da molti autori specialmente tedeschi: Pfannenstiel, Kreitmair e Moll, Goebel e Wärninger, Bamberger e Sprangel, Aurhammer ecc. fatti di intolleranza consistenti specialmente in disturbi digestivi e lesioni renali e provocati, pare, da dosi eccessive di medicamento (ipervitaminosi?).

Ho esaminato all'inizio della cura i malati dal punto di vista dello stato generale (nutrizione, peso, astenia, appetito) e dello stato delle lesioni polmonari completando l'esame con la radiografia del torace sia per apprezzare esattamente le lesioni, sia per avere un termine di confronto.

La cura è stata condotta con la somministrazione quotidiana della ergosterina a dosi medie di XXX-XL gocce al giorno pari a 15-18 milligrammi di vitamina, divise in due volte prima dei pasti, con periodi di riposo vari secondo i soggetti. Il Ca è stato, come ho detto, somministrato per os, o sottocute, o endovena a dosi medie e con periodi di riposo, anzi per il $CaCl_2$ introdotto a dosi di 1 gr. endovena ho praticato gruppi di 10 iniezioni a giorni alterni seguìti da dieci giorni di riposo. La durata complessiva della cura ha variato da due a quattro mesi. I malati sono stati riesaminati in modo completo clinicamente ogni 15 giorni, radiograficamente una volta al mese. Non ho creduto di dover procedere alla ricerca del comportamento del metabolismo calcico nei malati in esame anzitutto perchè, ritenendo io probativi solo i risultati ottenuti col metodo ponderale, questo è in pratica molto difficile, richiede una tecnica speciale e mezzi di indagine che non erano a mia disposizione, poi perchè è stato già provato da sperimentatori autorevoli che è sicura l'azione calciofissatrice della vitamina D (ipercalcemia, guarigione del rachitismo ecc.), infine perchè al medico pratico interessano soprattutto i risultati di una cura e sono questi risultati che io mi sono sforzato di ottenere.

Risultati: negli otto malati trattati con la sola cura calcica i risultati sono stati quelli che di solito si ottengono con tale cura, e che tutti conoscono poichè è quella che più di frequente viene istituita a favore dei tubercolotici. Naturalmente, siccome si trattava di malati in vari stadii di malattia, due di essi, che presentavano forme incipienti, hanno risentito discreto miglioramento dello stato generale, aumento del peso, ritorno delle forze, scomparsa della febbre vespertina ecc. Ma tutti questi fenomeni sono di corrente osservazione in tutti i tubercolotici che cominciano a curarsi, qualunque cura essi facciano, non appena scoperto in loro la lesione incipiente. Invece i malati gravi e cioè gli altri sei, che presentavano lesioni diffuse con grave scadimento della nutrizione, febbri elevate, lesioni polmonari avanzate, non ne ebbero alcun giovamento. Radiologicamente e clinicamente le lesioni rimasero all'incirca nelle stesse condizioni e particolarmente nessuna differenza si notò in due di essi che presentavano lesioni cavernose.

Insomma non mi sono potuto accorgere di variazione alcuna nei sintomi generali e locali di tali malati curati, come si fa correntemente con la terapia calcica, sotto qualunque forma essa sia stata praticata.

Gli altri otto malati sottoposti alla cura erano anch'essi affetti da forme varie e di diversa gravità. Tre di essi presentavano gravi fatti ulcerativi con formazione di grosse caverne multiple in entrambi i polmoni. Però le loro condizioni generali non erano estremamente gravi, la temperatura non era elevata, l'appetito era discreto, i malati erano alquanto in forze tanto che non erano costretti a tenere il letto e pareva che si difendessero alquanto bene dai loro focolai. In questi tre malati ho praticato la cura per tre mesi iniettando il calcio per via endovenosa e dando quaranta goccie al giorno di ergosterina irradiata in veicolo oleoso.

I risultati sono stati assolutamente negativi circa modificazioni delle lesioni polmonari. come ho potuto notare su tre radiogrammi fatti in ognuno a distanza di un mese uno dall'altro. Si è avuto bensì qualche miglioramento dello stato generale, specialmente del peso e delle forze, ma non diverso dai miglioramenti o dai semplici arresti nell'evoluzione delle lesioni che spontaneamente si possono verificare in tali malati.

Altri due dei malati in esame presentavano lesioni prevalentemente fibrose, bilaterali, apicali e sottoapicali; in uno che fu curato per due mesi nessun risultato, nell'altro che presentava fatti catarrali notevoli e che venne

curato per quattro mesi si ebbe discreto miglioramento dello stato generale e specialmente sensazione subbiettiva di benessere, aumento dell'appetito e delle forze, diminuzione dell'escreato e della tosse. In entrambi nessuna modificazione delle immagini radiografiche.

In un terzo gruppo possono collocarsi due malate dell'ambulatorio pressochè simili per età, stato delle lesioni, condizioni generali e risultato discreto ottenuto.

Una di esse, con anamnesi familiare e personale remota negative, si era presentata all'ambulatorio dichiarando che, dopo un breve periodo di inappetenza, stanchezza, dimagramento che essa attribuiva all'allattamento, aveva avuto improvvisamente una emoftoe. All'esame obbiettivo presentava denutrizione, peso kg. 51.800, pallore. Torace paralitico, simmetrico, egualmente espansibile nelle due metà. Lieve ipofonesi sulla regione sottoclaveare destra. Ivi all'ascoltazione piccoli gruppi di rantoli sottocrepitanti. Sul polmone sinistro ronchi e respiro aspro udibili sul mediotorace anteriormente. L'esame radiografico dimostrò: Marezzatura della metà superiore del campo e dell'apice destro confluente in corrispondenza della regione sottoascellare. Nella parte bassa della zona di infiltrazione, immagine cavitaria della grandezza di una nocciola. Al di sopra di essa e verso l'esterno le lesioni si presentavano particolarmente confluenti. Nella metà inferiore del campo aumento del disegno polmonare. Esame dell'espettorato positivo per il bacillo di Koch.
Iniziò la cura il 12 gennaio 1929 praticando iniezioni endovenose di 1 gr. di Ca Cl2 a giorni alterni e prendendo 40 goccie al giorno di Sterogyl divise in due volte prima dei pasti. Nello stesso tempo cessò l'allattamento, si mise a riposo completo aumentando la quantità e migliorando la qualità dell'alimento.
Dopo un mese di cura lo stato generale era molto migliorato, la tosse cessata, migliorata la sanguificazione, buono l'appetito. Le lesioni controllate radiologicamente erano pressochè invariate. Alla fine del secondo mese di cura le condizioni generali erano buone, il peso 54 kg., l'appetito buono, sensazione subbiettiva di benessere, negativo l'esame dell'espettorato. La radiografia dimostrò che l'areola era diminuita di un terzo di grandezza, circondata da zona opaca non calcificata. Il 26-IV dopo circa quattro mesi di cura persistono le buone condizioni generali e l'immagine radiografica dimostra la cicatrizzazione completa della cavernula con fibrificazione. Non vi è però traccia di calcificazione. Espettorato negativo.

La seconda ammalata venne all'ambulatorio accusando febbre vespertina a 37,5-37,8, debolezza, tosse con espettorato giallastro, dimagramento, appetito scarso. L'esame obbiettivo oltre a condizioni generali scadenti circa la nutrizione e la sanguificazione non diede nulla di notevole a carico del polmone. L'esame radiografico invece svelò un piccolo focolaio di infiltrazione con immagine areolare sul polmone sinistro in vicinanza della punta del cuore (margine anteriore del polmone sinistro). Esame dell'espettorato positivo per il bacillo di Koch.

Dopo un mese di cura (iniezioni endovenose di $CaCl_2$ + 40 gocce al giorno di Irrasterina Byla) notevolissimo miglioramento dello stato generale, aumento di peso, buona sanguificazione, sensazione subbiettiva di benessere, ritorno dell'appetito. All'esame radiografico: l'immagine areolare appare fortemente ridotta e circondata da una zona di ombra densa denotante fibrificazione delle pareti.

Infine discreti risultati presentò l'ultimo caso, un bambino di cinque anni che venne colto quasi improvvisamente da febbri elevate a tipo continuo-remittente con massimi serali di 39,5-40 e minimi al mattino di 38. Unico segno obbiettivo smorzamento di suono sulle regioni sopra e sottospinosa di sinistra. Stato di nutrizione scadente, pallore spiccato, cute secca, anoressia, sudori notturni. L'esame radiografico diede: banda di ombra che partendo dall'ilo e allargandosi a ventaglio va ad occupare il sott'apice e l'apice sinistro, ha contorni sfumati e si confonde all'interno con l'ombra cardio-vascolare. L'opacità è uniforme, un po più tenue verso l'alto. Diagnosi: complesso primario a tipo grave del lobo superiore sinistro.
Iniziò la cura il 15 marzo 1929 praticando iniezioni sottocutanee di zimolattato di Ca a giorni alterni, più 10 goccie al giorno di Vigantol Merck divise in due volte. Dopo quindici giorni di cura la febbre si attenuò e scomparve quasi completamente residuando ancora pochi decimi serali che attualmente sono spariti. Il 15 maggio dopo due mesi di cura miglioramento notevole dello stato generale, aumento di peso, appetito buono. Persiste ipofonesi sulle fosse sopra e sottospinosa e sottoclaveare di sinistra. Nulla all'ascoltazione. L'esame radiografico dà: l'opacità si presenta meno estesa specialmente in alto, i contorni sono molto più netti e marcati, essa ha perduto la uniformità e vi si distinguono zone in forma di chiazze confluenti. Ilo ingrandito.
Il P. è tutt'ora in cura e la lesione sarà seguita nella sua ulteriore regressione.

Come appare chiaro da questa breve esposizione i risultati non sono molto convincenti.

E cioè i casi gravi, avanzati, con notevoli fatti cavitari o fibrosi non hanno ricavato nulla dalla cura, non potendosi dare soverchio peso al miglioramento (incostante) dello stato generale. Le due malate del terzo gruppo hanno visto bensì sparire il b. di Koch dall'espettorato, migliorare lo stato generale, chiudersi e cicatrizzare le cavernule, ridursi i fatti infiltrativi, ma in quanti casi ciò non succede spontaneamente o in seguito a cura di riposo, d'aria ecc.? La prima delle malate cessò l'allattamento, si mise a riposo completo, si nutrì abbondantemente; fu proprio il Ca che portò alla cicatrizzazione della caverna, cicatrizzazione in cui del resto non v'è traccia di calcificazione? Nell'ultimo caso si ebbe una riduzione dell'ombra che da sfumata e uniforme divenne netta, marcata e ineguale. Questo non vuol dire che la lesione sia guarita, probabilmente non è successo altro che il riassorbi-

mento dell'edema collaterale che circonda il complesso primario, non vi è traccia anche qui di deposito di calcio.

Pertanto si deve ritenere in risposta alla quarta domanda da me premessa che non è sufficiente una impregnazione di calcio da parte dell'organismo, con qualunque mezzo essa venga provocata, per portare alla guarigione di un focolaio tubercolare. Il Ca anche in eccesso nel sangue e nei tessuti non si deposita su lesioni tubercolari se non in condizioni particolari che ci sfuggono completamente nella loro intima essenza.

Il trovare lesioni tubercolari calcificate, nel polmone e altrove è un fatto di osservazione corrente ma, come dice Rondoni, la calcificazione non è causa della guarigione, ma tutt'al più effetto e neppure costante e sicuro; è la pietra commemorativa sul posto della battaglia fra germe e tessuti e talvolta nasconde ancora dei nemici in agguato; non è dunque probabilmente arma di lotta di speciale efficienza.

Dopo di che, che cosa si deve pensare della terapia cosidetta recalcificante quale si pratica correntemente? Se aver ottenuto con l'aiuto di mezzi calciofissatori che il calcio sia in eccesso in un organismo, non basta a portare favorevoli risultati, a che serve introdurre del calcio sotto forma di sali solubili e insolubili compreso il guscio d'uovo polverizzato?

In conclusione: la demineralizzazione non è affatto un fenomeno costante nella tubercolosi, e anzi si verifica in numero limitato di casi. D'altra parte introdurre molto calcio sistematicamente in tutti i malati tubercolotici è opera quanto mai inutile perchè risulta che l'organismo non sa giovarsene. Quindi, come conseguenza terapeutica, sono da bandire le cure cosidette recalcificanti nei modi e per le vie con cui attualmente sono praticate.

È possibile che, in rari casi, l'organismo si trovi in condizione di non sapere utilizzare i propri minerali, depauperato specialmente di Ca e di Ph; bisognerà allora fornire ad esso un mezzo atto a fissare il calcio che viene assunto con gli alimenti; questo mezzo è la vitamina D sia introdotta per bocca, sia formata nei tessuti mediante irradiazione con la lampada di quarzo; è questa la cura recalcificante più razionale ed è una cura d'eccezione che potrà venire istituita solo quando ve ne sia la precisa indicazione, previo attento esame del malato; in tutti gli altri casi non si tenterà in alcun modo di aumentare il Ca dell'organismo essendo provato che è impresa difficile, inutile, e, quando si superino certi valori, anche dannosa.

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver posto in dubbio, sulla scorta di dati bibliografici, la realtà della demineralizzazione costante e grave nella tbc. polmonare, ha praticato su 16 malati cure calciche e cure calcio-vitaminiche senza ottenere risultati apprezzabilmente diversi e senza ottenere notevoli miglioramenti nelle lesioni anatomiche; considera perciò inutili le cure calciche nel modo come esse vengono comunemente praticate.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica dermosifilopatica della R. Università di Siena.

Danni da "Congressus interruptus" nel maschio. (1)

Prof. LODOVICO TOMMASI, direttore.

Da ogni punto di vista medico e demografico, teorico e pratico è utile si conoscano meglio i danni che certi metodi neo-maltusiani possono recare a chi li pratica tanto più in quanto la loro adozione purtroppo va sempre più diffondendosi e, d'altra parte, anche per inopportuno e malinteso pudore, di essi poco si suole parlare o scrivere e perciò poco si conosce.

Il mezzo neo-maltusiano certo più diffuso, almeno in Italia, è quella specie di «Congressus interruptus» che evita l'atto finale fecondante con la «eiaculatio ante portas» o comunque extra-vaginale. Dal lato sociale è il più temibile appunto perchè la sua estrema semplicità ed economia, il nessun bisogno di utensili o sostanze difficilmente consigliate dai medici, o ottenibili dal commercio sorvegliato, ne facilita l'adozione e la diffusione specialmente nelle classi più umili e numerose, e purtroppo ora anche fra quelle rurali, anche esse impressionate da mal compresi timori economici.

È perciò che la conoscenza e la divulgazione della non innocuità del metodo potrà essere di grande contributo oltre che alla conoscenza della speciale clinica, anche come contributo alla questione demografica che tanto giustamente preoccupa gli ambienti sociali e politici responsabili.

I danni che questo atto, o meglio questa violenta sottrazione di naturale esito, causa nelle donne, dovrebbero *ex novo* venire studiati e analizzati sia per le influenze sui geni-

(1) Comunicazione alla Sezione Tosco-Umbra della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia a Pisa, dic. 1929.

tali interni sia per quelle generali e psichiche. Il Mantegazza accenna, più poeticamente che fisicamente, alla « rugiada » di cui i genitali femminili resterebbero privi; ma le conoscenze sulle secrezioni interne erano ai suoi tempi poco profonde e lo studio ne andrebbe ripreso. Se si pensa che nella maggioranza delle donne l'orgasmo venereo è più lento a raggiungersi che nel maschio si capisce come, in genere, la interruzione lamentata avviene nella donna prima che la scarica nervosa e secretoria — con il conseguente rilascio muscolare e decongestione degli organi — si sia ottenuta. Gli organi genitali restano pertanto a lungo congestionati e gli apparati muscolari contratti con conseguenze patologiche immaginabili, ma mal studiate, sugli organi stessi, specie se già affetti da stati morbosi latenti, conseguenze che si riverberano fino sulle ovaie e di conseguenza sulla salute generale.

Più facile è l'immaginare le turbe nervose, specialmente psichiche, che questa violenza alla natura, e questo mancato fisiologico appagamento produce sulle donne. Un illustre neurologo di Londra segnalava recentemente il notevole aumento di psicopatie e di cosiddette neurastenie fra le donne a causa del diffondersi di questa cattiva pratica.

Anche nel maschio, sebbene assai meno frequentemente e intensamente, possono aversi turbe nervose. Pare che il violento intervento di un atto volitivo superiore assai brusco e intenso, faccia risentire il trauma soprattutto sui centri spinali violentati nel loro automatismo.

Ma non di essi mi voglio oggi occupare, ma soprattutto voglio segnalare veri e propri fatti infiammatori o disturbi dell'apparato uro-genitale che ho avuto occasione di osservare.

Ho potuto in questi ultimi anni constatare con una crescente frequenza uretriti posteriori, cistiti, prostatiti e spermatocistiti dovute senza dubbio a questa pratica.

Invero raramente ho riscontrato fatti simili in uomini senza precedenti infiammatori infettivi dell'apparato uro-genitale. Il più delle volte si trattava di individui da anni clinicamente guariti ma che evidentemente ospitavano germi volgari attenuati, e saprofiti nei recessi ghiandolari. Non ho naturalmente tenuto conto dei casi di recidive gonococciche perchè suscettibili di diversa interpretazione. Generalmente si tratta di forme da cocchi volgari ed anche qualche volta da « Bacterium coli » come in due casi di cistite ho potuto batteriologicamente accertare.

La base patogenetica di queste forme è, secondo me, da ricercare in ultima analisi nel turbamento del meccanismo della eiaculazione, che di solito si produce soprattutto quando il timore della fecondazione fa interrompere il coito troppo precocemente.

È noto che il meccanismo locale della eiaculazione procede normalmente con una ben coordinata e automatica vicenda di rilasciamenti e di contrazioni di sistemi muscolari per cui il seme e il liquido prostatico vengono immessi nell'uretra posteriore a sfintere vescicale chiuso e indi spinti al bulbo uretrale donde, previa chiusura del constrictor uretrae con rinforzo dell'elevatore dell'ano, vengono proiettati all'esterno con forza.

Ora se questi atti vengono turbati nella loro energia espulsiva o nel loro ritmo, può avvenire che il mestruo eiaculando si riversi in parte in vescica o ristagni nell'uretra posteriore o nei dotti escretori delle ghiandole; e, per fatto irritativo e per attecchimento di germi contenuti nel liquido o alberganti negli organi stessi, si producano fatti infiammatori.

In alcuni casi la relazione fra causa ed effetto — anche più volte constatata — non dava luogo a possibilità di dubbi.

Ho detto come in due casi di cistite insorte dopo, e in conseguenza di questa pratica, ho potuto accertare batteriologicamente il Bacterium coli. In tutti e due i casi ci fu febbre e una lunghezza di decorso di circa 15 giorni.

Di solito queste forme, però, guariscono rapidamente se diagnosticate all'inizio.

Se però la pratica neo-maltusiana è consuetudinaria si può produrre uno stato irritativo dell'uretra posteriore e a volte del collo vescicale anche a tipo cronico e di lunga durata che non cessa se non togliendo la causa.

Il ristagno nei dotti eiaculatori e nei canali escretori della prostata con possibilità di formazione anche di calcoli spiega la prostatite e la spermatocistite.

Queste possono essere di lieve entità, ma sempre ostinate e rivelate solo da senso di vivo bruciore o di lacerazione alla eiaculazione, ma possono anche dar luogo a fatti infiammatori più importanti con tumefazione dell'organo e specie a risvegli di fatti infettivi sopiti.

In un giovane mio malato mai stato prima blenorragico riscontrai — in perfetta assenza di fatti infettivi — grossa prostata da ritenzione con sintomi depressivi, impotenza insorta rapidamente e azoospermia; guarì assai lentamente, dopo qualche mese, e definitivamente solo con cure uretroscopiche ottenendosi anche ritorno di normale potenza virile e di seme normale.

Voglio infine citare i casi meno chiari a

tipo neuralgico con iperestesie, senza segni obbiettivi clinici, alla sfera genitale e specialmente alla regione perineale. La sospensione della pratica deprecata e trattamento calmante della prostata risolvono di solito questi casi che possono però essere assai ostinati.

La diagnosi di tutte queste forme è sempre possibile quando — in assenza di etiologie infettive specifiche o comunque chiare — si pensi a questa possibilità. L'anamnesi conferma; ma soprattutto è importante il fatto della mancanza di scolo uretrale anche minimo *per assenza di uretrite anteriore* e questo fa differenziare queste forme dalle uretriti cosiddette « volgari », da quelle post-blenorragiche ed anche da quelle tossiche o chimiche, sempre naturalmente che non vi sia coincidenza e sommazione delle due forme.

La prognosi è favorevole — ablata causa —. La terapia è soprattutto igienica; e quella medicamentosa non si differenzia da quella in uso per le stesse leggere localizzazioni di altra origine. Lavande e siringature uretrali sono generalmente non necessarie.

La propaganda sanitaria della non innocuità di questa diffusissima pratica — specie se ne continueranno a essere studiati e messi in evidenza sistematicamente i danni — credo che potrà molto contribuire a correggere il grave incubo sociale della diminuzione della natalità.

RIASSUNTO.

La pratica neo-maltusiana del « congressus interruptus » avanti l'eiaculazione induce danni notevoli non solo nella donna, ma anche nel maschio: l'inibizione volontaria provoca, oltre a turbe nervose, anche uretriti posteriori, cistiti, prostatiti e spermato-cistiti per il turbamento e diminuzione del ritmo espulsivo e conseguente ristagno del mestruo eiaculando.

SUNTI E RASSEGNE.

DIABETE.

Il coma diabetico.

(H. J. JOHN. *Journal American Medical Association*, 10 agosto 1929).

Il coma fu descritto come entità patologica nel 1854 da Dusch e Marsh. Dopo ventidue anni Kussmaul ne fece una descrizione completa. Il sintoma più significativo è appunto il respiro di Kussmaul o respiro grosso, caratterizzato da un'inspirazione profonda, lenta e prolungata, seguìta da una breve pausa e quindi da un'espirazione breve. A poco a poco il respiro diventa sempre più frequente. Questo tipo di respiro può durare parecchi giorni e scomparire con l'approssimarsi della morte. Il coma s'inizia spesso con la cefalea. La temperatura si abbassa per rialzarsi nella fase preagonica. Il paziente spesso è irrequieto. La pressione sulla parte superiore dell'addome provoca dolore. Il riflesso rotuleo scompare. Le pupille sono miotiche, e possono alternativamente restringersi e dilatarsi, mentre nel coma uremico sono sempre midriatiche. La reazione di Löwy è positiva, ossia l'instillazione di adrenalina nel sacco congiuntivale determina la dilatazione pupillare. La tensione dei bulbi oculari diminuisce a misura che il coma si approfondisce. La pressione si abbassa a misura che progredisce la debolezza cardiaca e la disidratazione dell'organismo dovuta all'intensità del respiro ed al vomito.

Molto importante è la diagnosi differenziale con i comi di altra origine. Essa può essere fatta in base ai seguenti elementi sintomatologici.

Coma diabetico: bulbi oculari molli, respiro di Kussmaul, glicosuria marcata, contenuto di urea e di glucosio nel sangue normale o alto, inizio rapido o progressivo, acetone presente nell'aria espirata, nell'urina e nel sangue, ipotensione vasale, vomito frequente.

Coma uremico: midriasi, retinite albuminurica, edemi, respiro stertoroso, glicosuria assente o lieve, aumento del contenuto di urea nel sangue, glicemia normale o in lieve aumento, inizio graduale, acetone presente nell'aria espirata, nell'urina e nel sangue, ipertensione vasale, ipertensione del liquido cefalo-rachidiano.

Coma apoplettico: pupille dilatate e disuguali, deviazione coniugata dei bulbi, respiro stertoroso e lento, salivazione e bava, glicosuria lieve o assente, contenuto di urea nel sangue normale, glicemia normale o in lieve aumento, inizio rapido, assenza di acetone nel sangue, nelle urine e nel respiro, ipertensione vasale, emiparesi.

Coma da frattura del cranio: midriasi, glicosuria e iperglicemia lievi o assenti, normale il contenuto di urea nel sangue, inizio rapido,

assenza di acetone, segni di frattura rilevabili con l'esame radiologico.

Coma da tumore cerebrale: papilla da stasi, alterazione del campo visivo, respiro normale, non glicosuria, contenuto di urea nel sangue normale, glicemia normale o in lieve aumento, inizio lento, cefalea permanente o parossistica, spesso violenta, assenza di acetone, apatia, vomito prevalentemente nelle ore antimeridiane.

Coma meningitico: pupille dilatate e disuguali, respirazione frequente, glicosuria, glicemia normale o in lieve aumento, inizio improvviso, cefalea, segno di König, leucocitosi, febbre, reperto particolare dell'esame del liquor.

Coma insulinico: pupille normali, respiro normale, glicosuria assente nelle urine della seconda cateterizzazione, ipoglicemia, contenuto di urea nel sangue normale, inizio improvviso, spesso presenza di acetone.

Le cause più frequenti del coma diabetico sono le infezioni, gli errori dietetici, la sospensione del trattamento insulinico. Altri fattori meno frequenti sono la narcosi eterea o cloroformica, le autointossicazioni intestinali, il parto, i traumi fisici e psichici.

La diagnosi differenziale più importante è quella tra coma diabetico e coma insulinico, in quanto è interessante ai fini dell'ulteriore trattamento per stabilire se il coma è un fenomeno della malattia in sè, del diabete, o una conseguenza della somministrazione dell'insulina. Nel coma diabetico la pelle è secca, la lingua arida, mentre in quell'insulinico la pelle è umida e la respirazione tranquilla. Tali criteri però non sono sufficienti e conviene ricorrere all'esame del contenuto di zucchero nel sangue e nelle urine. Per ovvie ragioni queste bisogna raccoglierle dopo con la seconda cateterizzazione, dopo aver vuotata la vescica. Se le urine non contengono glucosio e acido diacetico e si tratta di individuo diabetico che stava praticando una cura insulinica, si può essere sicuri che si tratta di shock ipoglicemico. Se le urine contengono zucchero ma non acido diacetico, si somministrano al paziente due cucchiaini di zucchero ed uno di Whisky in un mezzo bicchiere di acqua calda. Se le urine raccolte dopo alcuni minuti non contengono zucchero o solo in tracce si può esser certi che trattasi di una reazione insulinica. In questi casi continuando a somministrare carboidrati per bocca o destrosio per via endovenosa si ha la scomparsa di ogni disturbo.

La mortalità per coma diabetico prima dell'introduzione in terapia dell'insulina era praticamente del 100 %. In seguito questa percentuale è andata progressivamente riducendosi fino a discendere al 25 %. Non è dubbio che con i perfezionamenti della tecnica, sopratutto adeguando la dose dell'insulina ai singoli casi la mortalità per coma deve cessare.

La cura deve essere immediata. Quando è possibile si procederà alla determinazione del tasso glicemico e si proporzionerà a questo la dose d'insulina. Eventualmente si possono iniettare per via endovenosa 250 cmc. di soluzione di destrosio al 10 % allo scopo di aumentare la quantità del liquido circolante nell'organismo disidratato, di eccitare la diuresi, di accelerare i processi ossidativi, e sopratutto per consentire la somministrazione di una dose generosa d'insulina.

In ogni caso, quando non è possibile procedere agli esami su detti o quando il caso non consente indugi, si devono iniettare subito 40 unità di insulina, e successivamente 20 unità ogni mezz'ora fino a che non si ha un miglioramento dei sintomi.

In caso di vomito persistente e di disidratazione dell'organismo si procederà alla lavanda dello stomaco con acqua alcalinizzata e ad un'ipodermoclisi abbondante fino a 2000 cmc.

Dovrà procedersi alla cateterizzazione in caso di paresi vescicale.

Cessati i sintomi allarmanti si adotteranno i mezzi opportuni perchè l'accidente non abbia a ripetersi. Si procederà agli esami necessari per svelare le eventuali cause (infezioni) che hanno scatenato il coma. Dr.

Valore diagnostico della cura specifica nel diabete sifilitico.

(Elmer e Kedzierski. *Annales d. Méd.*, volume XXIV, n. 3, 1928).

Il diabete sifilitico esiste senza dubbio come lo provano numerose osservazioni, ma la sua diagnosi è clinicamente difficilissima, tanto più che la lues può essere associata a un diabete senza esserne in causa. Da lungo tempo si è tentato di risolvere questo problema con il concetto classico *ex juvantibus*. Gli AA. ritengono che spesso il trattamento antisifilitico non permette di fare la prova del rapporto etiologico tra diabete e lues: i risultati negativi del trattamento potrebbero derivare dal fatto che il nesso è di pura coincidenza e non di causalità, oppure dall'essere le lesioni così avanzate da doversi considerare non più curabili. Le osservazioni di diabete sifilitico guarito con la cura non sono molto rare nella letteratura, ma si trattava veramente di diabete sifilitico? In molti casi non era in atto che glicosuria, in altri casi non si fece solo il trattamento antiluetico, ma anche insieme, la cura dietetica, in molte altre osservazioni si partì dal concetto che nessun diabete guarisce tranne che il sifilitico e si considerarono sifilitici tutti i diabeti guariti. Come si vede gli errori sono facili. Gli AA. dopo avere citato alcuni casi da loro studiati vengono alle seguenti conclusioni che sarà bene non dimenticare:

a) I risultati della cura specifica possono avere un valore nella diagnosi del diabete sifilitico;

b) I risultati negativi non autorizzano a negare l'origine luetica del diabete perchè essi possono spiegarsi in due maniere: 1) le lesioni luetiche degli organi di glicoregolazione sono troppo avanzate per essere influenzabili con il trattamento specifico; 2) gli organi di glicoregolazione non sono lesi dalla sifilide che non è che una infezione associata al diabete;

c) I risultati positivi non possono avere valore assoluto nella diagnosi del diabete sifilitico che nelle condizioni seguenti: 1) esistenza concomitante del diabete e della sifilide; 2) miglioramento del coefficente d'assimilazione idrocarbonata sotto l'influenza della cura specifica, ma dopo avere misurato il grado del disturbo della glicoregolazione con la sola cura dietetica; 3) scomparsa dello zucchero urinario e degli altri corpi (acetone, ammoniaca, ecc.); 4) ritorno dell'iperglicemia al tasso normale; 5) ritorno del carattere fisiologico della curva di prova dell'iperglicemia provocata dalla ingestione di 50 gr. di glucosio.

L. TONELLI.

Sul diabete renale o normoglicemico.

(F. MICHELI e R. MORACCHINI. *Min. Med.*, n. 35, sett. 1929).

Sebbene da tempo si sia cercato di delimitare i confini del diabete renale, finora non si sono stabiliti limiti determinati per tale forma di diabete, il quale dagli AA. viene indicato ed incluso in forme con varia denominazione: innocens, laevissimus. Tuttavia il diabete renale, o meglio orto- o normoglicemico, costituisce una entità ben definita, distinta dalle altre forme di glicosuria. Questo concetto scaturisce da alcuni criteri atti ad individuare il diabete renale.

1) *Abbassamento della soglia.* Senza entrare nella discussione sull'essenza della soglia renale, possiamo stabilire che l'abbassamento della soglia al di sotto della norma costituisce senza contestazioni uno dei fondamentali criteri di diagnosi del diabete renale. La determinazione della soglia va eseguita, con modalità rigorose, sulla parte ascendente della curva e non su quella discendente. Tuttavia l'abbassamento della soglia al di sotto dei valori fisiologici (0,16-0,18 %) non costituisce un criterio per sè decisivo.

2) *Glicemia normale a digiuno.* È di importanza fondamentale, in quanto il tasso glicemico al mattino può fornire un ottimo criterio; tuttavia nei casi iniziali di diabete pancreatogeno si può avere un normale tasso glicemico a digiuno, il quale può mentire un diabete renale.

3) *Normale andamento della curva glicemica postalimentare.* La curva glicemica che si ha dopo la somministrazione d'un carico di glucosio di 50-100 gr. in individui tenuti a dieta mista, corrisponde per altezza e sopratutto per durata al tipo fisiologico che si ha nei normali.

Questa ricerca è della massima importanza e costituisce, tra tutte, un ottimo elemento discriminativo, in quanto anche nelle forme più lievi od iniziali di vero diabete, la curva glicemica postalimentare dimostra un netto disturbo della glicoregolazione, allontanandosi dal tipo fisiologico, più per l'andamento della curva che per l'altezza.

4) *Reazione ipoglicemica postiperglicemica.* Si sa che alla iperglicemia provocata succede uno stato d'ipoglicemia; questa condizione, che sta ad indicare una perfetta funzione pancreatica, si conserva talora in modo netto nel diabete renale.

5) *Differenza dei valori glicemici fra sangue capillare e venoso.* Tale differenza è superiore a quella che si riscontra nei normali, e con una maggiore altezza del sangue capillare, il che dimostra nel diabete renale la perfetta integrità da parte delle cellule dei tessuti di fissare l'eccesso di glucosio del sangue, e quindi la perfetta integrità della funzione insulare.

6) *Utilizzazione dei carboidrati.* Nel diabete renale, come nei sani la somministrazione di zucchero o carboidrati aumenta il quoziente respiratorio $CO_2:O_2$. Uguale comportamento ha il ricambio basale, il quale è normale a digiuno, e si innalza dopo un carico di glucosio, nettamente differenziandosi dal diabete mellito, in cui il ricambio basale non è modificato o è abbassato.

7) *Glicosuria paradossa.* Esiste nel diabete renale una relativa indipendenza tra la glicosuria delle 24 ore e la quantità di carboidrati assunti coi pasti, ma non dai pasti, in quanto il comportamento della glicosuria nei riguardi dei pasti costituisce l'elemento distintivo delle due varietà di diabete renale: la varietà continua e la ciclica, in cui la perdita di glucosio è nettamente postprandiale, per un lieve aumento della soglia.

8) *Assenza di sintomi di diabete.* Nel diabete renale mancano i comuni sintomi del diabete mellito: poliuria, polidipsia, polifagia, dimagramento, acidosi, ecc. Questa assenza però giustifica solo in parte il criterio d'un diabete renale in confronto di quello mellito.

9) *Resistenza all'insulina.* La glicosuria del diabete renale non è influenzata o solo minimamente dalla introduzione d'insulina. La resistenza del diabete renale all'insulina è però solo apparente, in quanto l'insulina anche in tali casi agisce sulla glicemia, talora provocando valori nettamente ipoglicemici; la resistenza quindi va intesa nei confronti dello zucchero orinario a scomparire, o se mai a diminuire.

Queste caratteristiche fondamentali del diabete renale sono state riscontrate presenti dagli AA. anche nelle glicosurie gravidiche. Tuttavia queste glicosurie orto- o ipoglicemiche non sono le sole che si riscontrano in gravidanza, in cui alcune glicosurie si accompagnano a iperglicemia. La gravidanza sembra

agire aggravando le manifestazioni del tipico diabete renale.

Da quanto è stato esposto emerge che il diabete renale corrisponde ad una realtà clinica, con caratteristiche proprie, nettamente differenziata dalle altre forme di glicosurie, che si riscontrano nel classico diabete insulare, o extra-insulare da aumentata mobilizzazione di zucchero dal fegato.

Come fondamento del diabete renale non è più ammesso quindi l'aumentata permeabilità renale, ma un'aumentata sensibilità del rene di fronte al glucosio circolante, o forse meglio l'aumentata sensibilità dei congegni neuro-ormonici che regolano la glicosecrezione renale.

L'ipocalcemia, trovata nel diabete renale, e sec. alcuni di prezioso indizio diagnostico, non è stata presente nei casi dei relatori, e così pure sono state contradditorie le ricerche sull'influenza dell'atropina, dell'adrenalina, della pituitrina sulla glicemia e sulla soglia renale. Costituisce un elemento importante per il diabete ortoglicemico la costanza dei caratteri fondamentali nel tempo, ed una eredità familiare.

Dalle riferite particolarità e caratteristiche del diabete ortoglicemico, emerge che tale forma di diabete non può essere confusa con quello mellito, mentre invece non si può escludere che esistano associazioni delle due forme di diabete, di cui il diabete mellito costituisce una sovrapposizione di processo.

La diagnosi di diabete renale deve essere dunque rigorosa, ed è relativamente facile se si tien conto sopratutto della glicemia a digiuno, dell'andamento della curva glicemica postalimentare e della soglia renale. Qualche dubbio può sorgere al cospetto di diabeti melliti lievi ed iniziali, in cui la glicemia e la curva glicemica sono normali; ma il decorso ulteriore chiarisce il dubbio.

La prognosi del diabete renale è buona, senza riserve, in quanto tale diabete non si trasforma nel diabete ordinario, come crede il Salomon, v. Noorden, Umber, ecc., ma resta come un'anomalia costituzionale, e come tale non va curata con restrizione di carboidrati, nè tanto meno con insulina o calcioterapia, perchè tali medicamenti sono perfettamente inutili.

Carusi.

SISTEMA NERVOSO.

La sindrome ano-vescico-genitale-perineale della tabe sacrale.

(Carnot. *Paris Méd.*, 13 luglio 1929, n. 28, 19° anno).

L'A. basandosi su due osservazioni personali che descrive assai minutamente, riprende la descrizione clinica dei disturbi sfinterici che si osservano nella tabe sacrale.

Disturbi ano-rettali. — Alcuni sono d'ordine sensitivo: come il tenesmo anale, il falso bisogno di evacuare. Altre volte esiste sensazione permanente di corpo estraneo nel retto. Oppure si ha anestesia-retto anale, con perdita di feci, errori di defecazione.

Vi sono poi sintomi d'ordine motorio: l'assenza di contrazione colica porta la stipsi, la difficoltà di evacuzione genera la dischesia. In senso opposto si può avere incontinenza fecale che dapprima lieve, perdita di poche feci, diviene poi totale.

Disturbi urinari. — Sono precoci tanto che spesso i malati vanno dall'urologo (falsi urinari di Guyon). Predominano disturbi sensitivi; si può avere anestesia vescicale onde il P. non avverte che la vescica è piena e passa giornate intiere senza urinare. Talora si ha anestesia del collo e dell'uretra onde non sanno quando cominciano e quando terminano la minzione. Inversamente si ha tenesmo vescicale con stimoli frequenti e imperiosi; talora fenomeni dolorosi di uretralgia fino alle ben note crisi vescicali tabetiche.

Disturbi genitali. — Anche essi precoci. Talora precede un periodo di sopraeccitazione generica che però è effimera; seguono i fenomeni di *deficit;* ejaculazione precocissima, eruzioni più rare, incomplete, ejaculazioni lente, parziali, assenti, poi impotenza totale.

Nella donna questi disturbi sono mascherati dalla passività femminile.

L'anestesia perineale a sella costituisce il quarto sintoma capitale.

La *localizzazione* delle lesioni della tabe sacrale non è difficile se ci si basa sulle cognizioni anatomo-fisiologiche. L'epicono corrisponde al 5° segmento lombare e al primo sacrale. Le radici corrispondenti sono la $L5_5$, la S_1, S_2. Il cono terminale corrisponde al III, IV e V, segmento sacrale e dà le radici omonime. Queste radici tutte si uniscono a formare la coda equina. Il centro genitale della erezione è a livello dell'epicono e corrisponde a S_2. Il centro genitale dell'ejaculazione (S_3) corrisponde al cono. I centri vescicali e rettali corrispondono a S_3, S_4. Il centro anale a S_5. La via di conduzione è data dalle radici e la loro lesione produce disturbi sfinterici analoghi alla lesione del cono terminale.

In riassunto sono le lesioni del cono terminale, quelle che condizionano la tabe sacrale con sindrome ano-vescico-genito-perineale. Questa sindrome è comune alle radicoliti della coda equina, ma tuttavia con una efficacia terapeuticamente assai differente.

L. Tonelli.

La diagnosi dei tumori della cauda equina.

(L. e M. Bériel. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 giugno 1929).

La diagnosi dei tumori della cauda equina si fa in base ai caratteri dei singoli sintomi, al complesso clinico, al reperto radiografico.

I segni particolari non hanno per sè stessi valore diagnostico. Le paralisi atrofiche, flaccide, limitate, a tendenza radicolare, le atrofie

e le anestesie a topografia dello stesso genere, sono comuni a tutte le affezioni radicolari. Analogamente l'iperalbumosi del liquor anche fino alla coagulazione massiva o la xantocromia sono segni di compressione e si trovano anche in certe affezioni infiammatorie croniche, sifilitiche o non.

Maggiore importanza clinica hanno il carattere del dolore e l'assenza di disturbi urinari.

I dolori dei neurogliomi sono differenti dai dolori rachidei (cancro, morbo di Pott) e dai dolori delle affezioni infiammatorie delle radici.

I dolori pottici sono di solito calmati da una buona posizione di riposo in decubito dorsale, quelli dei cancri vertebrali hanno una maggiore fissità dei dolori prodotti dai neurogliomi.

Le sofferenze delle radicoliti sono spontanee o provocate dagli atti che aumentano improvvisamente la tensione rachidea, come la tosse, lo starnuto, gli sforzi, o da attitudini e movimenti che esercitano una trazione sulle radici. Invece le sofferenze dei tumori della cauda equina sono provocate da movimenti e attitudini che variano in ciascun caso: alcuni pazienti non possono restare estesi, altri a proposito d'un movimento hanno un dolore che li immobilizza per ore nella posizione nella quale si trovavano.

Lo stabilirsi dei sintomi nel tempo e nello spazio fornisce i dati positivi della massima importanza. Il carattere più notevole è il loro aspetto sconcertante.

In un caso un neuroglioma voluminoso fino al punto di distendere il sacco epidurale e di spostare tutto il fascio delle radici, non produce altro sintomo che l'abolizione di un riflesso rotuleo e l'atrofia del quadricipite corrispondente. In un altro caso pure di neuroglioma voluminoso tutta la sintomatologia si riduce a dolori senza alcun segno obiettivo. In un altro caso un neuroglioma esteso per circa dieci centimetri d'altezza e infiltrante tutta la regione produce abolizione d'un riflesso rotuleo, e anestesia della coscia corrispondente, abolizione del riflesso achilleo ed anestesia del polpaccio all'altro lato, nonchè dolori diffusi.

È impossibile fissare quadri sintomatici in rapporto con lo stato anatomico dei tumori. Quel che è certo si è che un neuroglioma della cauda equina raramente dà una paralisi di ambo i piedi, raramente anestesie simmetriche (e particolarmente anestesia del perineo), raramente disturbi urinari, a meno che, come avviene negli stadii terminali, il tumore non comprimi il cono.

Il decorso non è meno capriccioso. Di solito l'affezione s'inizia con dolori, il cui carattere essenziale è l'instabilità in rapporto alla loro sede ed alla loro durata.

Nell'insieme la malattia è progressiva. Anche quando si hanno lunghe remissioni con guarigione apparente dopo un periodo più o meno lungo i sintomi si aggravano, le accalmie diventano più brevi, i periodi dolorosi più intensi e più continui, e quando si stabiliscono disordini funzionali, questi finiscono per diventare stabili e aumentare a poco a poco. Nelle affezioni infiammatorie invece: la malattia a fasi acute seguite da regressioni parziali con fissazione stabile dei deficit.

Comunque il decorso è lento e differente da quello dei tumori maligni.

All'esame radiografico si constata che i tumori in quistione arrestano la discesa del lipiodol iniettato nello speco vertebrale al disopra della lesione.

I neurogliomi della cauda equina possono clinicamente rassomigliare a molte altre malattie. Bisogna pensare a detta affezione in tutte le sindromi dolorose della parte terminale del tronco o degli arti inferiori ed anche in qualche stato paralitico non accompagnato da dolori.

Nei casi nei quali il neuroglioma si manifesta solo con dolore, come nel periodo iniziale, bisogna fare la diagnosi differenziale con altre malattie dolorose, la sciatica, le affezioni osseo-articolari del piccolo bacino, del rachide, le neuriti, ecc. L'esame del liquor positivo eliminerà le affezioni extrarachidee, l'esame radiografico con il lipiodol confermerà la diagnosi di tumore caudale.

Dalle deformazioni vertebrali si differenzierà a mezzo dell'esame radiografico, dai traumi vertebrali per la loro etiologia evidente. Le radicoliti specifiche si riconosceranno in base ai dati anamnestici, alle prove serologiche, agli effetti della cura specifica. I tumori e la tubercolosi vertebrale con compressione delle radici si distingueranno con i dati radiografici e per la eventuale esistenza di altri focolai tubercolari o cancerosi.

La confusione è più facile con i tumori secondari infiltrati, come i linfosarcomi penetranti attraverso i fori di coniugazione, perchè essi non presentano segni ossei. La distinzione può essere fatta in base ai seguenti caratteri: la massa primitiva del cancro può essere riconosciuta con l'esame della regione lombare o con l'esplorazione dell'addome e del bacino; i sintomi sono più completi, più diffusi, più simmetrici; la comparsa di fatti obiettivi che si sviluppano e s'intensificano con grande rapidità, dopo un periodo più o meno lungo caratterizzato esclusivamente da dolori.

Nelle leptomeningiti infiammatorie basse i sintomi sono di solito più diffusi e più simmetrici, di solito con anestesia perineale e disturbi urinari.

Le malattie del cono terminale sono caratterizzate da assenza di dolori, assenza del referto radiografico al lipiodol, costanza dei disturbi vescicali e genitali.

La diagnosi di localizzazione del neuroglioma della cauda equina si basa, indipendente-

mente dall'esame radiografico, sull'apprezzamento dei sintomi radicolari. La scomparsa del riflesso rotuleo indica che il tumore trovasi al disopra dell'egresso della terza radice lombare e quindi al disopra della parte inferiore della seconda vertebra lombare.

Il tumore che raggiunge l'altezza del cono può spostare questo senza comprimerlo ed alterarlo. Ma quando ciò avviene la diagnosi differenziale con le affezioni del cono diventa molto difficile. Occorre accuratamente interpretare il decorso, la concatenazione, la cronologia, l'intensità dei sintomi, e ben vagliare i risultati dell'esame radiografico e del liquor. In caso di dubbio è preferibile comportarsi come se si trattasse di tumore e intervenire.

Dr.

ARTICOLAZIONI.

La coxite gonococcica.

(L. Ramond. *Presse Méd.*, n. 16, 1929).

È frequente in tutte le età, potendo colpire anche i bambini, ma più spesso si trova fra i 20 e i 40 anni, cioè nel periodo attivo della vita genitale. Le donne sembra siano più colpite che gli uomini.

Succede sempre alle manifestazioni blenorragiche iniziali (uretrite, vulvo-vaginite, rectite) ma può anche sopraggiungere nel periodo cronico della blenorragia, alcune volte molto tempo dopo dall'infezione.

Alcune cause predisponenti favoriscono il suo sviluppo (affezione coxitica anteriore, traumatismi, gravidanza, puerperio); isolata nella maggior parte dei casi sotto forma di monoartrite, alcune volte la coxite è associata ad altre manifestazioni poliarticolari, in particolare alle artriti del rachide seguite da anchilosi progressiva (spondilosi rizomelica).

L'inizio è generalmente brutale: dolori vivi alle anche ed alle coscie, o ai due lati del basso ventre, al disopra delle pliche inguinali.

Nel periodo di stato il dolore è il fenomeno dominante. È più vivo, che in qualsiasi altra affezione, e provoca ai malati delle crisi al più piccolo movimento. Non sempre il dolore è localizzato esattamente all'anca: a volte esso è posteriore, o all'esterno del gran trocantere o all'inguine a livello o sotto la piega inguinale.

L'attitudine viziosa dell'arto è la regola: la plessione della coscia è costante e ordinariamente si associa all'adduzione ed alla rotazione interna, alcune volte all'abduzione e alla rotazione esterna. L'articolazione coxo-femorale malata è tumefatta: il gonfiore può essere considerevole ed invadere tutta la radice dell'arto. Questa tumefazione edematosa è più spesso bianca senza modificazione della cute, se è rossa, vi è suppurazione.

Alla pressione si possono trovare dei punti dolorosi nella piega dell'inguine, a livello della testa femorale, alla parte esterna dell'articolazione, specie a livello del grande trocantere.

L'impotenza funzionale è completa; l'atrofia muscolare è costante, precoce e considerevole. Alcune volte vi è adenopatia inguinale; lo stato generale è sempre compromesso anche se la coxite non è grave.

Raramente benigna (forma artralgica, puramente sinosiale) e terminante con la risoluzione e la guarigione completa, generalmente la coxite bl. è grave perchè, assumendo la forma osteo-articolare, porta all'anchilosi ed all'artrite secca, o, ciò che è più caratteristico, alla lussazione patologica spontanea dell'anca, che è quasi la regola nei bambini.

La prognosi perciò è grave e può anche sopraggiungere la morte per setticemia gonococcica o per infezione generale secondaria, ma le sequele più terribili sono l'anchilosi e la lussazione.

Per la diagnosi occorre anzitutto *riconoscere l'artrite dell'anca*, che può confondersi con una frattura del femore, quando segue ad un traumatismo; con una parametrite a causa dei dolori pelvici; con una psoite, con una phlegmasia alba dolens nelle puerpere, ecc., indi *attribuire la coxite al gonococco* e perciò non confonderla con il reumatismo art. acuto, con la tubercolosi o la sifilide dell'anca, con una coxite acuta pneumococcica, streptococcica, tifica, ecc.

La diagnosi etiologica potrà essere confermata dall'esistenza di manifestazioni gonococciche concomitanti nella famiglia (orchiepididimite del marito, coxite della madre, ecc.), dalla ricerca del gonococco nelle secrezioni uretrali o vaginali del malato stesso, dai risultati della puntura articolare, praticata in avanti nel triangolo di Scarpa, passando all'infuori dei vasi femorali e che dà esito ad un liquido a polinucleari, nel quale si possono trovare, ma raramente, gonococchi sia all'esame diretto che per mezzo di colture. La radiografia infine può mostrare lesioni precoci del cotile o della testa femorale ed alcune volte una lussazione spontanea dell'anca od ancora un bacino gonococcico, lesioni che senza essere patognomoniche, hanno tuttavia un reale valore diagnostico.

Dal punto di vista curativo localmente occorre immobilizzazione in buona posizione in apparecchi inamovibili ed estensione continua, rimedio questo veramente miracoloso contro il dolore. Come trattamento generale: curare la setticemia blenorragica con i mezzi abituali: vaccini, sieri, proteinoterapia; detergere la sorgente dell'infezione, attaccando il focolaio blenorragico primario (uretrite, vaginite, ecc.).

In caso di anchilosi eseguire la mobilizzazione forzata sotto anestesia, o resecare se l'anchilosi è di vecchia data.

A. P.

Trattamento chirurgico immediato delle distorsioni del ginocchio con lesione ossea radiograficamente visibile o clinicamente svelabile.

(R. LERICHE et J. DE GIRARDIER. *Journ. d. Chir.*, t. 34, n. 1).

Il trattamento comune di una distorsione del ginocchio consiste nella puntura evacuativa dell'emartro seguita da immobilizzazione e compressione, o da mobilizzazione e massaggio, secondo le scuole.

L. e D. G. non sono di questo parere e distinguono l'*emartro semplice*, consecutivo a caduta sul ginocchio con semplice rottura della sinoviale, dalla *distorsione propriamente detta* nella quale si ha quasi sempre strappamento osseo o legamentario (spina tibiale, legamenti crociati, menisco interno). Mentre il primo guarisce rapidamente e senza postumi, la seconda, lasciata a sè, guarisce lentamente residuando disturbi funzionali più o meno gravi che spesso impongono un intervento a distanza. Per tale considerazione gli AA. pensano che è meglio cercare di riconoscere subito tale lesione e trattarla fin da principio risparmiando così al paziente un lungo periodo di minorazione.

Il problema da porre è dunque quello di differenziare subito dopo il trauma l'emartro semplice dall'emartro da distorsione.

Dall'interrogatorio minuzioso sul determinismo del trauma e da un accurato esame clinico non sempre si possono avere dati sufficienti.

La radiografia è di valido aiuto nel caso di strappamenti ossei ma nulla ci dice delle lesioni legamentarie. Un dato assai importante è quello *evolutivo*: un emartro che si riproduce rapidamente poche ore dopo la puntura evacuativa depone per una lesione legamentaria od ossea e deve indurre a praticare l'artrotomia.

Sulla base di tali concetti R. e G. hanno operato 5 casi di distorsione del ginocchio con risultati funzionali molto soddisfacenti e rapidi (ripristino completo dopo 1-3 mesi dall'intervento). L. e G. descrivono dettagliatamente la tecnica insistendo sulla necessità di manovrare con delicatezza: preferiscono asportare, anzichè ricostruirli, i legamenti rotti e i piccoli frammenti ossei; per quelli grossi praticano l'inchiodamento sottosinoviale. Dopo l'intervento immobilizzazione per 12-15 giorni. Quindi lenta, graduale mobilizzazione. Il paz. vien fatto alzare dopo 1 mese. Se il recupero funzionale tarda, può essere utile la simpatectomia periarteriosa. Il trattamento, naturalmente, va limitato alle distorsioni vere con lesioni ossee o legamentarie.

G. PACETTO.

COSTITUZIONI.

Costituzione, carattere, temperamento e malattie mentali.

(G. MONTESANO. *Quaderni di Psichiatria*, 1929, n. 9-10).

L'importanza del fattore costituzionale nelle psicopatie è dimostrata dal fatto che disturbi fisici, talvolta anche lievi, provocano solo in alcuni soggetti alterazioni psichiche le quali non sono nei vari colpiti identiche per forma, intensità e durata; e reciprocamente nello stesso individuo le manifestazioni psicopatiche sono identiche anche per agenti occasionali svariatissimi.

I disturbi psichici non dipendenti da lesioni distruttrici-degenerative, ma che sembrano prodotti da perturbazioni funzionali, possono spiegarsi con un difetto di sviluppo non degli elementi deputati ad estrinsecare l'attività psicologica alterata, ma di quelli che stabiliscono i raccordi tra i su detti ed altri, raccordi che mettono i primi in grado di funzionare adeguatamente alle esigenze del complesso organico. Il rallentamento di tali collegamenti prodotto da fattori vari (tossici, vasomotori, ecc.) assume forme diverse. Può trattarsi di un difetto dei raccordi che assicurano gli scambi nutritivi e si avrebbe allora l'ipoeccitabilità; può trattarsi di difetto dei raccordi deputati ad inibire speciali funzioni psichiche, e si avrebbe allora l'ipereccitabilità; può infine trattarsi di un difetto dei raccordi che consente l'eccitazione degli elementi specifici solo per determinati stimoli, e si avrebbe allora la paraeccitabilità.

Si avranno così per le svariate disposizioni morbose ora bisogni che si faranno sentire scarsamente o esageratamente o per oggetti non idonei alla loro soddisfazione; ora sintomi di ipo- o di iperemotività o di emotività paradossale; ora d'ipo- o iper- o paraprosessi; ora difetto o esagerazione di capacità di *rêveries* fino alla suggestibilità morbosa o al delirio più o meno assurdo sia per contenuto, sia per la qualità dell'oggetto che determina la visione a mo' di sogno; ora alterazioni quantitative del potere di singole attività teoretiche, ora alterazioni qualitative del medesimo in forma d'illusioni, allucinazioni della percezione o della memoria o dell'immaginazione o della fantasia; ora alterazioni quantitative del potere di attività pratica, ora alterazioni qualitative del medesimo, disprassie d'uno o d'altro genere.

Le attività equilibratrici delle manifestazioni psicologiche, in rapporto sia alla costituzione particolare del cervello sia a quella generale dell'organismo, sarebbero secondo l'A. di due forme, determinando il *carattere* ed il *temperamento*.

Il *carattere* è l'espressione della potenzialità dell'individuo d'acuire altri bisogni oltre quelli

che si fanno più strettamente sentire per azione diretta degli stimoli ambientali, sì che le attività psicologiche suscitate dai primi aggiungendosi, contrapponendosi a quelle generate dai secondi portino ad un'azione teorica o pratica che non si allontani da certe direttive rispondenti ad un piano stabile d'esistenza, non abbia a compromettere, rendere impossibile o troppo difficile il raggiungimento di tutti gli altri fini perseguiti dall'individuo, la tutela del proprio interesse. In virtù del carattere si hanno continui stimoli per quella funzione del cervello con cui non solo si generano ricordi, attività fantastiche, ecc., ma si rendono i medesimi energetici, capaci di ripercussioni nella vita sentimentale, idonei a suscitare tendenze a freno delle altre direttamente risvegliate da variazioni dell'ambiente esterno o interno, così d'aversi, per effetto delle prime, non solo la riflessione, la ponderazione, ma pur un'attenuazione se non una rimozione di un umore esagerato, di turbe emotive che le seconde hanno provocato, un'azione che sia esponente della così detta volontà, della libertà dell'individuo, della sua potenzialità di aggiustare le attività psicologiche alle circostanze.

Può darsi che quest'attività riflessiva, ponderativa, moderatrice, conciliatrice venga meno o si riduca per lesione esclusiva degli elementi cerebrali a ciò deputati, lesione favorita da debolezza di costituzione psico-nervosa parziale: vi sono individui d'intelligenza più che sufficiente in condizioni ordinarie i quali, per agenti morbosi occasionali talvolta lievi, intossicazioni, ecc., dimostrano più o meno transitoriamente un'insufficienza grave di critica, un comportamento che si direbbe imbecillesco o demenziale; vi sono pure dei casi in cui deve pensarsi che l'alterazione non sia degli elementi sopra detti, ma invece sia prevalentemente a carico di altri i quali influenzano i primi perchè contribuiscano con la loro attività a mantenere integra nell'individuo una data potenzialità psicologica d'adattamento. Questa seconda categoria di casi si distingue dalla prima in quanto il potere riflessivo, critico, volitivo non si dimostra leso in tutte le manifestazioni del paziente, ma solo in alcune, più specialmente in quelle che scaturiscono da lotte di tendenze: per essa è dato parlare di alterazioni del carattere. Abbiamo così un amorfismo ed una debolezza di carattere in cui manca la costanza di date direttive; il desiderio delle medesime in un caso non si fa sentire affatto, nell'altro si fa sentire, e a volte anche troppo, ma non ha possibilità di soddisfazione. A questa, che rappresenterebbe una forma d'ipoeccitabilità, ne fa riscontro un'altra d'ipereccitabilità per cui vengono ostinatamente mantenute date direttive allorchè le condizioni ambientali le rendono più che ingiustificate dannose ai fini dell'adattamento ambito; mentre che un disordine, un'incongruenza di propositi, pur apparendo ciascuno frutto di ponderazione, rivelerebbe paraeccitabilità. Sono naturalmente da contemplare svariate combinazioni di disturbi del carattere e disturbi più strettamente cerebrali, come ad esempio quelle distimie in cui la condotta è troppo influenzata dall'umore e a volte giustificata in modo delirante, quelle ostinatezze che assurgono alla dignità di delirio paranoico, quelle complicanze di distimie e delirii paranoici rappresentati da disturbi allucinatorii, episodii confusionali, ecc.

Il *temperamento* sarebbe per l'A. esponente di un'altra potenzialità reattiva dell'organismo, quella di suscitare delle attività fisiologiche e precisamente nervose (sensitive, motorie, toniche) allo scopo di contenere, moderare, *temperare*, come la parola stessa lo dice, le manifestazioni psicologiche in corso affinchè esse non abbiano nel loro svolgimento a riuscire nocive alla generale integrità fisica.

Il Montesano distingue tre forme di temperamento: una primitiva, comune agli animali superiori, l'epilettoide; le altre secondarie, acquisite dalla specie umana nella sua evoluzione, la nevrastenoide e l'isteroide. La reazione epilettoide rappresenterebbe il correttivo della esagerata emotività; questa è perturbatrice di non pochi organi: a impedire un loro deterioramento l'organismo reagirebbe incanalando le energie perturbatrici in modo da aversi scariche motorie più o meno brusche, più o meno rispondenti agli abituali movimenti coordinati. La reazione nevrastenoide avrebbe lo scopo d'impedire l'usura degli organi impegnati in un'attività psicologica intensa o prolungata e si estrinsecrerebbe con eccitazione dell'uno o dell'altro centro sensitivo, in modo da prodursi dolori intollerabili e quindi inibitorii. La reazione isteroide avrebbe lo stesso scopo della precedente, ma consisterebbe nel provocare condizioni fisiologiche antagonistiche a quelle determinate dalle manifestazioni in atto, essendo ben noto che negli antagonismi funzionali si ha un facile ristoro degli elementi attivi, sì da rendersi per essi sempre meno necessario il riposo.

Dovrebbesi parlare di difetto di temperamento nei casi in cui una sovraeccitazione con sintomi distimici o paranoicali porta a iperattività, iperemotività, sperpero grande di energie senza che si abbia alcuna manifestazione d'epilettoidismo o nevrastenoidismo o isteroidismo.

Esponenti d'esagerazione sarebbero invece i casi nei quali queste manifestazioni sono oltre che frequenti tali da ripercuotersi nella condotta fino a metterla in contrasto con l'intelligenza ed impedire l'attuazione di qualsiasi proposito, qualsiasi piano d'esistenza. L'eccitazione paradossa, infine, sarebbe da ammettersi nei casi d'irregolarità, incongruenza delle manifestazioni in parola, così d'aversi reazioni di una data specie quando ne sarebbe più particolarmente indicata una differente, da prodursi un disordine che ricorda la capricciosità infantile.

È facile comprendere quante svariate forme cliniche si abbiano per combinazioni di sin-

tomi rispondenti a particolari alterazioni di temperamento, carattere e di attività più strettamente cerebrale, sintomi favoriti or dall'uno or dall'altro fattore a seconda la gravità della predisposizione data dalla costituzione psico-nervosa parziale e generale. L'A. ricorda le varietà di eccitamento maniaco, di melanconia, di paranoia, interpretabili come effetto delle varietà di dette combinazioni, ma più specialmente richiama l'attenzione sulle alterazioni combinate di temperamento e carattere da cui derivano le così dette anomalie morali, nelle quali sarebbe facile intravedere ora un adattamento del secondo al primo, come in certi casi di abile sfruttamento di disturbi epilettoidi, isteroidi, ecc., a fini delinquenziali e in casi di pervertimenti, oltre che dei gusti, della condotta; e ora con conflitto fra i due, così da stabilirsi un circolo vizioso, come nelle psicastenie.

Alle forme del temperamento sopra indicate dovrebbe aggiungersene un'altra, la schizoide, che si manifesterebbe di solito a difesa dell'organismo quando già è in corso una psicopatia, specie di quelle che portano ad usure eccessive degli elementi impegnati nell'attività psicologica, resa dannosa al fisico sopra tutto per variazioni troppo frequenti, intense e brusche.

Quali argomenti ora militano in favore della particolare concezione del temperamento prospettata dall'A.? Tra i principali da lui addotti ricordiamo la frequenza con cui i sintomi dell'una o dell'altra forma morbosa di temperamento si hanno in concomitanza di disturbi fisici i quali rendono più che mai opportuna se non necessaria la difesa dell'integrità fisiologica di tutto l'organismo contro nuovi altri disturbi del genere, quali perturbazioni indotte da un'attività psicologica irregolare, difesa che a seconda i casi sarà: risoluzione di una tensione emotiva, esagerazione del senso di stanchezza fino a rendere intollerabile la prosecuzione del lavoro, ristoro procurato con attività antagonistiche, freno messo alle troppo frequenti variazioni d'attività. In rapporto a quest'ultimo mezzo di difesa va rilevato quanto spesso si abbia concomitanza di schizoidismo con psicosi allucinatoria (G. Agostini) inducendo più che mai le allucinazioni bruschi cambiamenti di attività psicologica. Altri argomenti probativi sarebbero: la mancanza, da una parte, di nesso tra il decorso della malattia primitiva, fondamentale e quello dei sintomi in parola, avendosi dei secondi facile comparsa e scomparsa improvvisa per minimi fattori occasionali, loro persistenza a volte per tempo lunghissimo quando i sintomi della prima si sono dileguati o di molto attenuati; mancanza, d'altra parte, di reperti istologici importanti nelle forme da considerarsi come pure anomalie di temperamento, varietà per contro grandissima di reperti del genere e di loro localizzazione in casi di forme combinate.

Niun dubbio che carattere e temperamento siano tra gli ultimi acquisti della specie: le strutture loro proprie, con tutta probabilità, non sono sufficientemente consolidate, così da poter resistere, nel loro sviluppo ontogenetico, all'azione di cause morbose occasionali più o meno lievi; se queste agiscano nel periodo della vita in cui sta per concretarsi la struttura definitiva, si avranno della medesima irregolarità più o meno gravi, da concepirsi or come insufficienze, or come deviazioni, le quali potranno non solo trasmettersi, ma aggravarsi nella discendenza se persisteranno le cause perturbatrici. Tra queste dovrebbero esser messe in prima linea le alterazioni del sistema endocrino-simpatico, la cui influenza sullo sviluppo generale somatico è ben nota. Ma poichè detto sistema fa pure parte del soma, bisogna spiegarsi come si produca il disendocrinismo che, oltre a favorire in primo tempo la produzione di un'abnorme costituzione psico-nervosa generale e parziale, rappresenterà in seguito il fattore occasionale più importante per la manifestazione di alcune psicopatie. In fondo anche il sistema endocrino-simpatico ha funzioni equilibratrici, contribuisce ad un dato benessere, ad un dato potere di resistenza di tutto l'organismo ed esso pure è uno degli ultimi acquisti della specie, non perfettamente consolidato, suscettibile di variazioni per cause perturbatrici agenti nella fase d'immaturità ontogenetica. L'A. crede che tra le cause più strettamente esogene vada considerata principalmente la tubercolosi e che le deviazioni indotte dalla medesima sul sistema endocrino e poi sulla costituzione psico-nervosa generale e parziale siano in gran parte esponenti d'una precoce esagerata attività a cui gli elementi dell'uno e dell'altra sarebbero chiamati per una difesa dell'organismo contro la particolare infezione. In molti casi la tubercolosi non si limiterebbe ad alterare la costituzione endocrinica e nervosa, ma continuerebbe ad esplicare la sua azione dannosa anche sull'organismo adulto, con effetto di provocare altre reazioni di difesa esagerate e quindi dannose per l'attività psicologica, ossia produzione di antitossine che agirebbero intossicando alla lor volta l'organismo già abnormemente costituito e favorendo così la manifestazione di molti disturbi psichici. La tubercolosi ora si limiterebbe a provocare il disendocrinismo, ora procurerebbe in aggiunta o in sostituzione la costituzione psico-nervosa abnorme, ora infine farebbe che la costituzione abnorme si traducesse in psicopatia. Alcune delle così dette demenze precoci, schizofrenie croniche, rappresenterebbero effetti molteplici di quest'azione dannosa della tubercolosi, di cui uno sarebbe il disendocrinismo precoce, con formazione fra l'altro del tipo longilineo, microsplancnico abnorme su cui ha richiamato di recente l'attenzione Kretschmer; si aggiungerebbero poi forte disposizione del cervello a disturbi allucinatorii e deliranti, spiccata suscettibilità di reazione a questi disturbi con sintomi schizoidi. Se in organismi così predisposti continua

l'azione deleteria di una tubercolosi lieve, quasi latente, ne seguirà un'abbondante produzione di antitossine, la quale se gioverà per impedire una grande diffusione del processo infettivo, susciterà facilmente manifestazioni psicopatiche.

L'importanza delle antitossine per la produzione di disturbi psichici è confermata dai successi che si sono avuti in questi ultimi tempi con la terapia febbrile e sopra tutto con la malario-terapia nella paralisi progressiva; sta in fatto poi che all'autopsia di molti soggetti colpiti da schizofrenie croniche sono stati trovati focolai tubercolari spenti o rimasti latenti.

Con le idee del Montesano, viene corretta la concezione troppo limitata, unilaterale della psichiatria, quale molti hanno, identificandola con l'istopatologia cerebrale; viene non poco valorizzata, fra le possibili cause di disturbi psichici, quella data da esagerate reazioni di difesa dell'organismo unitario; vengono integrate e in parte modificate le vedute di Freud e di Adler, che non sanno di misticismo, come alcuni vorrebbero far credere, ma troppa importanza dànno, nella genesi di svariate psicopatie, a conflitti di particolari tendenze; viene altresì integrato il concetto patogenetico dell'atavismo con quello d'immaturità filogenetica degli organi, sistemi, strutture in genere rappresentanti gli ultimi acquisti della specie, immaturità generatrice di facile loro consolidamento anormale in singoli individui; vengono infine offerte fondate speranze di successi non solo nel campo dell'igiene psichica, ma nella terapia di molte psicosi considerate finora come inguaribili. Dr.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

J. Zappert. *Die Krämpfe im Kindesalter.* J. Springer, Vienna 1928. Mk. 1.60.

È una rivista delle diverse forme di convulsioni, organiche e funzionali, ordinate secondo l'età. La rivista è completa, sono trattati accuratamente specialmente i capitoli della spasmofilia e dell'epilessia, nella parte terapeutica. Aumenterebbe il valore per il medico pratico se la diagnosi differenziale fosse trattata più estesamente e più ordinatamente.

Pollitzer.

P. Nobécourt. *Clinique Médicale des Enfants. La tuberculose.* Masson, 1929. Fr. 55.

È il 6° volume della serie, e tratta esclusivamente della tubercolosi nell'infanzia.

Anche qui, come nei precedenti, non si ritrova la solita arida esposizione dei trattati didattici; ma dalla descrizione di casi clinici si passa alla discussione patologica, diagnostica e terapeutica, con il valido sussidio di illustrazioni e radiografie dimostrative.

Vengono in tal modo presentate tutte le forme dell'infezione tubercolare, nei vari periodi dell'infanzia, e a carico dei singoli organi.

Nè manca un capitolo di grande attualità, vale a dire quello dei rapporti tra manifestazioni tubercolari e vaccinazione preventiva col vaccino di Calmette-Guérin. M. Faberi.

Paisseau. *Consultations infantiles.* Paris, J. B. Baillière et fils, 1929. Fr. 15.

L'A. ha riunito in un piccolo volume 135 argomenti di consultazioni infantili, riguardanti le forme morbose che più facilmente capitano all'osservazione del medico.

Lo scopo del lavoro, analogo a quello degli altri consimili, che di tanto in tanto vengono pubblicati, è di permettere un rapido orientamento curativo, basato su precetti igienico-dietetici e su formule medicinali semplici e sanzionate dalla pratica. M. Faberi.

St. Engel e Cl. Pirquet. *Handbuch der Kindertuberkulose.* Vol. I, di pag. 886, con 480 fig. Edit. G. Thieme. Lipsia, 1930. RM. 125.

Più giustamente questo libro dovrebbe intitolarsi trattato invece di manuale, perchè l'ampiezza dell'esposizione e la abbondanza del materiale raccolto escono dai limiti che abitualmente si suole dare a un manuale. Intendimento degli AA., è stato quello di raccogliere quanto negli ultimi 20 anni si è acquisito nello studio della tubercolosi dei bambini e che fino ad oggi era distribuito in riviste. A giudicare la mole delle conquiste della scienza in questo campo basterà ricordare quale enorme progresso abbia compiuto la radiologia e l'anatomia patologica negli ultimi decenni e l'importanza della cutireazione dal punto di vista diagnostico specie per lo studio delle lesioni iniziali.

Diagnosi e lotta contro la tubercolosi dei bambini è uno dei compiti sociali più poderosi della medicina di oggi e la conoscenza sempre più precisa dell'infezione e delle sue manifestazioni ne è l'arma più potente.

Una prima parte del libro è dedicata appunto allo studio del bacillo, alla sua porta di entrata nell'organismo, alla epidemiologia. Seguono l'anatomia patologica e la patologia generale.

La seconda parte, clinica, è suddivisa in uno stadio primario, secondario e terziario, la terza parte, si occupa sistematicamente, delle malattie dei diversi organi; l'ultima delle affezioni paratubercolari e di quelle non specifiche che abbiano importanza per la diagnosi differenziale.

Hanno collaborato alla redazione dell'opera la maggior parte dei pediatri tedeschi. Il libro è edito in bellissima veste tipografica.

Valdoni.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Italiana Fascista di studi scientifici sulla tubercolosi

(Sezione di Palermo).

Seduta del 14 gennaio 1930-VIII.

Presidente: Prof. LUIGI MANFREDI.

Il sistema alimentare di v. Pirquet o sistema dei Nem.

Prof. SALVATORE MAGGIORE. — E' basato sopra l'indicazione di una unità di misura, il *Nem* (*nutritionis emolumentum*), che corrisponde a un grammo di latte di donna ed, ai fini pratici, ad un grammo di latte di vacca.

Per applicare tale sistema occorre conoscere la Gelidusi o Pelidisi (*pondus decem lineare divisum sedentis altitude*) o indice costituzionale, che si può, secondo i calcoli di v. Pirquet, ricavare dalla formula $P = \frac{\sqrt[3]{p \times 10}}{si}$ dove p=peso del soggetto e si=altezza seduto (*sedentis altitudo*).

E' dimostrato che il quadrato della *si* è uguale alla superficie assorbente dell'intestino, che corrisponde alla decima parte di tutto l'intestino. E' dimostrato pure che 1 cmc. di superficie assorbente intestinale assorbe 1 nem.

Secondo i calcoli di v. Pirquet, il cubo dell'altezza dell'individuo in posizione seduta, è uguale al peso del corpo decuplicato in grammi.

Dalla risoluzione della formula su riportata, emergono dei coefficienti che possono oscillare intorno a 90, superare tale valore od essere al di sotto.

I soggetti con coefficienti superiori a 90 e che si avvicinano a 100, sono iperalimentati, quelli sotto 100 fino a 90 bene alimentati, quelli al disotto di 90 ipoalimentati. Ora gli iperalimentati hanno un coefficiente di 0,7, gli ipoalimentati di 0,5.

Basta moltiplicare la siqua (superficie assorbente dell'intestino elevata al quadrato) per il coefficiente 0,5, 0,6, 0,7 a seconda il valore della pelidisi del soggetto, per ottenere il numero dei nem da somministrare.

I soggetti in cui si applica il metodo, possono essere costituiti normalmente o difettosi in qualche elemento del corpo o in più di due elementi. Con la parole *Sacratama* il v. Pirquet classifica il tipo normalmente nutrito nella formula s=sangue (stato e quantità del sangue), c=*Crassitudo* (tenore in grasso), t=*Turgor* (tenore in acqua), m=*Muscolo*. *A* indica valore normale, *O* diminuzione, *u* mancanza, *e* aumento. Così si possono avere fanciulli con una sola nota cattiva, per esempio *Sacrotama* i fanciulli con due note cattive, per es. *Socrotama* cioè fanciulli magri e pallidi, fanciulli che hanno più di tre cattive note es.: *sacrotomu*, cioè fanciullo magro, debole di muscolatura, a pelle flaccida.

Le obbiezioni fatte al metodo possono riunirsi nelle tre seguenti:

1) la superficie assorbente dei singoli individui non è costante;

2) il fabbisogno alimentare individuale è spesso legato al tipo costituzionale;

3) i valori della *si* possono risultare errati per eventuali scoliosi o turbe di crescenza nei vari segmenti.

Il sistema alimentare di v. Pirquet è stato applicato non solo in bambini sani e con note difettose nella loro costituzione, ma anche nel campo della tubercolosi, sia essa intesa come predisposizione o come infezione allo stato latente, sia intesa come malattia tubercolare.

I risultati sono stati più che soddisfacenti, come si può osservare da noi, nei ricoverati della Casa del sole (più di 2 mila soggetti), dove il metodo è stato applicato e controllato dalla fondazione fino ad oggi.

Complesso primario con usura della trachea e morte per soffocazione.

Prof. SOLI UGO (per il dott. A. GULOTTA). — L'O. comunica, presentando i pezzi anatomici e relativi preparati microscopici, su un caso riguardante una bambina di 4 anni che fu accolta in Clinica pediatrica di urgenza per fatti di asfissia gravi.

La piccina morì dopo pochi minuti.

L'autopsia dimostrò un caratteristico focolaio tubercolare caseificato in corrispondenza del lobo superiore del polmone d. sottopleurico, della grandezza di una nocciuola.

Una ghiandola ilare peritracheale si presentava ingrossata, raggiungendo il volume approssimativo del focolaio polmonare; essa aveva usurato completamente la trachea in corrispondenza del suo estremo inferiore, e sporgeva quasi totalmente nel lume tracheale ostruendolo.

Istologicamente interessante il rilievo della presenza nel focolaio polmonare, nel tratto perfettamente incapsulato, di una quantità notevolissima di capillari e di vasi ripieni di sangue che ci rendono facilmente conto della possibilità — malgrado la capsula connettivale limitante — di una diffusione ematogena del processo.

Sul metodo Soleri pel trattamento della tubercolosi articolare aperta.

Prof. ALBANESE ARMANDO. — L'O., dallo studio di 9 casi di tubercolosi osteoarticolare aperta, fistolizzata, da lui trattati con apparecchi immobilizzanti gessati, non fenestrati (completamente chiusi) secondo le indicazioni date dall'O. del metodo, trova ragione di dichiararsi favorevole a tale trattamento.

Nei casi trattati (1 di tubercolosi del piede, 2 del ginocchio, 3 dell'anca, 4 del gomito), l'O. non ha constatato mai alcuna complicazione e mai rialzi termici; anzi, in due casi ha visto scomparire il rialzo termico serotino, ha notato sempre il progressivo miglioramento delle condizioni generali del paziente di pari passo con quelle locali, la secrezione è andata diminuendo, e le fistole si sono esaurite attorno alla media di 7 mesi dall'inizio del trattamento. In un solo caso — sui 9 trattati — la secrezione è continuata fino ad un anno senza che si fosse ricavato apprezzabile miglioramento dall'applicazione dell'apparecchio chiuso.

Localmente, dopo 3 mesi dall'applicazione dell'apparecchio, per effetto del materiale segregato, si è determinata, attorno ai margini della fistola, una lieve desquamazione della cute con

aree di arrossamento e di epidermolisi nelle zone contigue.

I risultati ottenuti autorizzano l'O. a ritenere che il metodo Soleri sia indicato in tutti i casi di tubercolosi articolare aperta in cui la immobilizzazione gessata costituisce il trattamento curativo basilare; e che sia preferibile a quello degli apparecchi fenestrati: in quanto evita la infezione simbiotica che segue inevitabilmente nelle forme di tubercolosi fistolizzata, specialmente in quelle curate a domicilio dell'infermo, per il facile inquinamento determinato da medicazioni e da manovre improprie.

L'O. ritiene che il trattamento curativo alla Soleri giovi perchè, assolvendo il compito della immobilizzazione, dà nel contempo il passaggio della « rara medicatio » da tempo già — con risultati soddisfacenti — seguita nella cura delle ferite articolari con processo infiammatorio in atto; ed è di avviso che non possa escludersi che con tale trattamento si venga a realizzare un'autovaccinoterapia percutanea, la cui azione è ammessa da alcuni AA., negata da altri.

L'immobilizzazione della cura delle osteo-arteriti tubercolari.

Prof. DILIBERTI HERBIN SALVATORE. — Il riposo dell'articolazione ammalata rappresenta il principio fondamentale della cura dell'osteo-artrite tubercolare; l'immobilizzazione dell'articolazione è il mezzo per ottenerlo completo. E' necessario distinguere le articolazioni soggette a carico, quelle cioè della colonna vertebrale e dell'arto inferiore, da quelle dell'arto superiore.

Per queste l'immobilizzazione assicura il riposo dell'articolazione, per quelle soggette a carico è sempre indispensabile e spesso sufficiente il riposo continuo a letto, mentre l'immobilizzazione è necessaria per certe forme dolorose e nei casi con contratture.

La cura immobilizzante o di semplice riposo, anche prolungata per vari anni ed associata all'elioterapia e alle altre cure generali, spesso non fa guarire il male, mentre provoca la rigidità articolare, e, soltanto nei casi con esito favorevole, l'anchilosi. Tale trattamento è più indicato nel bambino, apportando spesso, se a lungo mantenuto, la guarigione. Nell'adulto, invece, le speciali alterazioni anatomo-patologiche, quali si riscontrano sovente nelle grandi articolazioni, non possono guarire con la cura immobilizzante, che spesso fa perdere un tempo prezioso per la guarigione e talvolta non impedisce il progresso del male.

Una rapida e radicale guarigione, dopo un breve periodo di immobilizzazione, può essere ottenuta invece con la cura operativa (trapanazione delle epifisi, resezione articolare). Fanno eccezione a questa norma il mal di Pott, senza compressione del midollo spinale e l'osteo artrite dell'anca; in queste sedi la cura immobilizzante dà i migliori risultati.

L'immobilizzazione mediante innesti ossei, indicata talvolta nella cura del mal di Pott, allo stato attuale non può essere consigliata per le altre articolazioni, essendo scarsi i casi sottoposti al trattamento, incerto e non sempre soddisfacente l'esito dell'intervento.

Tono polmonare e pseudo-caverne.

Prof. ARNONE GIOACCHINO. — L'O. continuando lo studio sul tono polmonare (sul quale argomento si intrattenne, già al Congresso antitubercolare a proposito della disposizione dei versamenti nella cavità toracica) si occupa di quelle pseudo-formazioni cavitarie nelle quali da diversi autori, al tavolo anatomico, è stata riscontrata una zona circoscritta di enfisema polmonare.

L'O. si spiega il meccanismo di formazione ammettendo col Viola che nel polmone esiste una autonomia sia nella espansione che nella retrazione, dei diversi lobi e dei lobuli sotto il dominio di una duplice innervazione del vago (dilatatore degli alveoli e costrittore dei bronchi) e del simpatico (costrittore alveolare e dilatatore dei bronchi), azione che si eserciterebbe sul tessuto muscolare liscio che si trova collocato abbondantemente nei setti interlobulari e nella pleura. Questo meccanismo di formazione si può invocare per le immagini pseudo-cavitarie transitorie.

Per le forme più persistenti e che si riscontrano anche all'autospia, ammette col Viola e con l'Orsòs che per l'azione di tale innervazione nelle fibre elastiche alveolari viene a essere turbata l'attitudine a dirigere convergentemente l'aria aspirata verso l'orifizio alveolare.

Se tale meccanismo è turbato profondamente e stabilmente, l'aria non può più uscire, come è dimostrato dal fatto che nel polmone estratto, qualsiasi pressione dall'esterno non riesce a renderlo atelettasico.

L'O. conchiude che tanto la disposizione del liquido nei versamenti pleurici, quanto la spiegazione del meccanismo di formazione delle pseudo-caverne dimostra sempre più che l'osservazione clinica dà nuove conferme alle idee sulla funzione attiva ed il tono polmonare del Viola.

Secondo queste vedute le pseudo-caverne polmonari sarebbero dovute ad esquilibrio territoriale del tono vago-simpatico, così frequente nei tubercolotici e durante le manovre pneumotoraciche.

Il Segretario: Prof. V. FICI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

I malesseri.

Si tratta di individui che non sono veramente malati, ma si sentono un malessere vago. L'umore è irritabile, manca lo slancio, vi è uno stato di lassitudine, di stanchezza; l'appetito non è buono, il sonno, un po' tormentato da sogni, non lascia il senso di riposo. Non vi è febbre od al massimo un 38°. Dopo 24 ore tutto si dilegua, oppure la condizione continua, si precisa, si aggrava.

Questi malesseri possono nascondere, osserva C. Fiessinger (*Journ. des praticiens*, 20 aprile 1929) gli stati morbosi più diversi, dai più semplici ed innocenti ai più gravi, ed è per questo che, per poco che la condizione tenda a continuare, si devono mettere in opera tutti i mezzi diagnostici, per evitare delle sgradite sorprese.

1) *Malesseri passeggieri.* — Le due cause principali possono riassumersi nello stomaco che funziona male e nel fegato che è torpido. Il gran rimedio per dissiparli è la dieta; niente alimenti solidi, l'acqua e le tisane costituiscono l'unica medicazione. È proprio in questi casi che le droghe più svariate sono prese dai malati, l'omeopatia fa delle maraviglie e, del resto, conviene ottimamente per quelle mentalità a cui non garbano le cose semplici.

2) *Malesseri durevoli.* — Costituiscono un segnale per le malattie di qualsiasi specie.

a) *Tubo digerente e fegato.* — Se l'appetito diminuisce ricerchiamone la causa nella persistenza di uno stato dispeptico o nel fatto che le funzioni intestinali sono languenti. Spesso si tratta di condizioni già stabilitesi da tempo, ma qualche volta, le remissioni non si producono, la stanchezza è maggiore. Si faccia una radiografia dello stomaco e si scoprirà talora un carcinoma della piccola curvatura. La diagnosi non guarirà il malato, ma permetterà di prevenire i famigliari. In tali casi, non dimentichiamo che sono possibili gli errori di interpetrazione della radiografia, uno spasmo preso per una lesione organica.

L'inizio delle più gravi malattie del fegato può annunziarsi semplicemente con indebolimento rapido e dimagrimento; i primi giorni, il malato crede ad un semplice malessere e può morire in poche settimane. Diffidare di un fegato grosso che si accompagna ad un indebolimento progressivo. Analoghe osservazioni possono farsi per il cancro del rene e della prostata.

b) *Sistema nervoso e sangue.* — Il fatto che le neurastenia abbia imposto per tanto tempo la sua unità nosologica non fa onore ai clinici che l'hanno descritta. Tutte le malattie caratterizzate da un malessere iniziale sono state qualificate per neurastenia, anche le malattie organiche del cervello, la demenza paralitica ed i più diversi tipi di melanconia. Si deve tener presente che un sintomo unico non basta per definire una diagnosi, ma ci vuole un insieme di fatti che duri per un certo tempo e si affermi chiaramente.

Vi sono però certi malesseri, con stanchezza, indipendenti da ogni lesione, che si prolungano senza remissione e si tratta, di solito, di individui in cui il tubo digerente funziona male.

Le malattie del sangue si iniziano spesso con la semplice prostrazione di forze. Le anemie perniciose, le leucemie ingannano il medico; le prime sono prese talvolta per un cancro, le seconde per tubercolosi. Tutte le diagnosi vengono spesso fatte per la malattia di Hodgkin, con i suoi gangli che si spostano sotto le dita. Non che, fatta la diagnosi, tali malati possasano guarire; ma gli arsenicali, il ferro, il benzolo, i raggi X possono portare delle migliorie e ritardare, anche di anni, la scadenza fatale.

c) *Il polmone e la tubercolosi, la sifilide, le malattie infettive.* — Nel caso del polmone, il malessere iniziale si accompagna quasi sempre alla tosse. I bambini con malesseri e sonno cattivo, vanno seguìti se il tubo digerente funziona bene; talvolta si scoprirà un leggero movimento febbrile la sera, pensare alla meningite tubercolare, ma non pronunciarsi se non si sono scoperti i segni di certezza. Per la sifilide e la blenorragia, vi sono altri segni dominanti. L'inizio della tifoide può per qualche giorno lasciare in dubbio, ma la temperatura sale, la sera; sorvegliare ed attendere con pazienza.

d) *Cuore e reni.* — Per il primo, troviamo l'endocardite infettiva lenta, in cui, spesso, il malato non accusa che una perdita di forze; un soffio, aortico o mitrale può mettere sulla via della diagnosi.

Il cancro del rene si annuncia talvolta soltanto con la perdita di forze; talvolta, le metastasi nel mediastino fanno ritenere che l'individuo sia affetto da bronchite o da tubercolosi, come è accaduto per un malato in cui nessun segno urinario aveva richiamato l'attenzione sui reni, mentre una massa cancerigna enorme riempiva tutto il fianco.

Le nefriti croniche con azotemia costituiscono un'altra causa di indebolimento; la pressione elevata darà delle indicazioni.

Sistema genito-urinario. — In un individuo anziano, la stanchezza che si accompagna a frequenti emissioni notturne, deve indurre ad un esame della vescica e della prostata. Spesso il trattamento porta la guarigione, ma gli stessi reperti possono trovarsi anche per il cancro della prostata, di cui la diagnosi nei

primi mesi è difficilissima; si crede a dei nuclei di prostatite cronica, ma la stanchezza e la mancanza di appetito fanno progressi ed un giorno una metastasi lontana (pleurite, flebite) leva gli ultimi dubbi.

Tenuto conto di tutte queste cause che possono dare i malesseri, il medico deve essere prudente e modesto; evitare di fare una diagnosi affrettata e richiedere di rivedere il malato; talvolta questi guarirà in pochi giorni ed in tal caso, non gridare al miracolo e non attribuire ad un intervento medicamentoso la guarigione che si sarebbe effettuata ugualmente.

fil.

CASISTICA.

Sclerosi nodulare non tubercolosa del polmone.

Macaigne e Micand (*Ed. Med. Journ.*, settembre 1928) riportano il caso di una sclerosi nodulare del polmone che mentre macroscopicamente dimostrava una tipica tubercolosi fibrosa miliarica generalizzata, microscopicamente non esisteva alcuna azione specifica tbc.

Il caso riguardava una donna di 53 anni con sintomi subbiettivi di stenosi pilorica, senza però che la radiografia mettesse nulla in evidenza. Aveva tosse, leggera cianosi. L'esame radiografico del torace mise in evidenza noduli miliari in tutt'e due i polmoni, specialmente intorno all'ilo polmonare. La R. W. fu trovata positiva, nonostante la malata affermasse di non essersi mai contagiata, nè presentasse alcun sintomo obiettivo.

L'autopsia dimostrò una pleura ispessita specialmente agli apici, con antracosi; il parenchima polmonare era nero e diviso da setti ispessiti, provenienti dal foglietto pleurico viscerale. Al taglio numerosi noduli neri con centro più chiaro. Le glandole linfatiche dell'ilo erano indurite, di colorito scuro con capsula fibrosa ispessita. Microscopicamente si potevano distinguere tre stadii: uno stadio iniziale di fibrosi alveolare obliterata, uno stadio nodulare, uno stadio fibroso con formazione di blocchi fibrosi rotondi con centro di pneumoconiosi. Al contrario non fu riscontrato alcun follicolo tbc., nè cellule giganti nè bacilli di Koch.

MOOR.

La granulia polmonare sifilitica.

Gaté, Dechaume e Gardère (*Bull. Soc. Méd. Hôpit.*, n. 15, 1929) sulla scorta di un caso corredato dall'esame istologico, richiamano la attenzione sul tipo miliare della sifilide polmonare, forma della quale finora ne esistono due soli altri casi nella letteratura.

Microscopicamente il reperto era tipico pel granuloma sifilitico, e macroscopicamente era confermato dalla presenza di una cicatrice stellata sottopleurica e da classiche forme gommose nella milza e nel fegato.

I piccoli noduli pseudo-miliarici poi non presentavano istologicamente alcun segno della comune caseificazione tubercolare, ma risultavano come altrettante gommule dovute alla obliterazione vascolare, poichè in molti punti si poteva vedere in vicinanza o anche in seno alla zona necrotica stessa, lesioni di tipo endo-periarteriche conducenti fino alla obliterazione.

Il campo polmonare era in preda ad una forte congestione dei piccoli vasi.

Gli AA. tentano anche di tracciare il quadro generale della forma morbosa: per essi la granulia sifilitica sarebbe caratteristica del periodo terziario, rappresentando le singole formazioni miliari altrettante gomme microscopiche e la forma si impianterebbe poi quasi sempre su polmoni con vecchie lesioni sclero-gommose.

Clinicamente all'inizio sarebbe contrassegnata da ripetute emottisi e da fatti congestizi diffusi.

In base ai reperti istologici gli AA. pensano che la sintomatologia clinica (dispnea soffocante e reazione generale) spesso esclusivamente terminale sia in rapporto più con i fenomeni congestizi concomitanti che con la eruzione granulica e giudicano che la congestione infiammatoria sia sostenuta dalla infezione stessa e non da fenomeni meccanici o da infezioni secondarie, come facilmente si può essere condotti a credere.

Dal punto di vista terapeutico, il trattamento specifico dovrebbe essere istituito in ogni lesione luetica polmonare per evitare la trasformazione granulica; similmente poi a quanto si suole fare in ogni meningite eziologicamente incerta, e cioè il tentativo del trattamento antiluetico, così nelle granulie che presentano qualche punto oscuro, va sempre tentata la cura specifica, avendo Favre veduto scomparire con il trattamento una forma classica granulica di sifilide polmonare.

A. P.

La pleurite diaframmatica.

La pleurite diaframmatica è abbastanza frequente, ma non sempre diagnosticata. E. Marcovici (*American medicine*, marzo 1929) ha avuto occasione di osservare 10 casi in due anni e dà in proposito alcune indicazioni utili.

L'inizio è acutissimo, con brividi, vomito, dolore intenso alla schiena, alle coste inferiori, all'epigastrio, irradiantesi alle spalle; dolore che è esagerato con la tosse, la deglutizione (nella pleurite diaframmatica sinistra) e nell'eruttare. La temperatura sale subito a 39°,5 e continua oltre i 38° per 6-8 giorni. Il paziente dà l'impressione di essere molto malato, col respiro frequente e doloroso, specialmente quando tenta di fare la respirazione addominale; esso evita, di solito, di giacere sul fianco affetto.

Non si ha herpes labiale; leucocitosi oltre 15.000, di polinucleari. Tachicardia, aritmia, spesso bigeminismo. All'inizio, non si avverte

sfregamento, che si può invece avere più tardi col progredire dell'affezione verso la pleura costale od il pericardio.

La rigidità all'epigastrio, sul principio, dà delle difficoltà diagnostiche con le malattie acute addominali (calcoli biliari, ulcera gastrica perforata, malattie epatiche o pancreatiche, embolismo della milza).

Si ha di solito meteorismo, dovuto a paresi intestinale.

L'esame fluoroscopico mostra che il diaframma, dal lato affetto è più alto che dall'altro.

Un sintoma caratteristico è stato descritto da Schmidt: il riflesso respiratorio della parete addominale: una leggera contrazione della parte superiore del muscolo retto dal lato affetto, sintoma che compare durante la respirazione profonda.

Guénau de Mussy ha descritto diversi punti sensibili: 1) fra i capi dello sterno-cleido-mastoideo, dove il nervo frenico circonda lo scaleno; 2) al primo spazio intercostale, alla fine dello sterno; 3) al punto d'incrocio della parasternale con la continuazione della decima costa (bottone diaframmatico); 4) all'inserzione diaframmatica sul torace; 5) alla pressione nella regione del plesso cervicale.

Per il *trattamento*, da principio, calmare i dolori con morfina o codeina, fare un clistere alto, dare delle pillole di podofillina, calamo aromatico e belladonna, calmare la tosse con codeina e morfina.

Nel caso di etiologia reumatica, dare il salicilato di sodio. L'A. consiglia anche di dare una miscela di antipirina, fenacetina, piramidone diuretina e caffeina, ana cg. sei; di tali 3 al giorno. Olio canforato durante la fase acuta. Applicazioni calde (secche od umide) cataplasmi senapati.

Per evitare le aderenze secondarie, esercizi respiratori sistematici.

La dieta, nel periodo acuto, deve essere liquida per evitare i dolori nella deglutizione.

fil.

TERAPIA.

Il trattamento dei vomiti della gravidanza.

Secondo Leven (*La Médecine*, aprile 1929) lo stomaco è sempre in causa per la produzione dei vomiti della gravidanza. Vi sono forme diverse a ciascuna delle quali conviene un adatto trattamento:

1) *Vomiti da dispepsia pura.* Riposo in letto. Il 1° giorno, dieta idrica (1500 cmc. di infuso di tiglio o di arancio; una tazza da 150 cmc. ogni 2 ore e 1/2); 2° giorno, dieta lattea: 750 cmc. di latte e 750 di tisane; 3° giorno: 1500 cmc. di latte tiepido o caldo; 250 cmc. ogni 3 ore. Lavatura della bocca dopo aver preso il latte.

Nei giorni seguenti, rialimentazione. Alle 8: 200 cmc. di miscela a parti uguali di latte e tisana, un biscotto. Alle 12, un uovo, 150 g. di riso, pasta o purè di patate, una crema, od una frittura di semolino o tapioca (50 g.) o gelatina di frutta. Alle 19, minestra al latte, legumi o paste e gelatina di frutta.

In seguito, sostituire l'uovo con 25 g. di prosciutto o di pollo; poco a poco aumentare le dosi e variare i piatti.

Dal primo giorno e, per i seguenti, a mezzogiorno ed alla sera, un cucchiaio di Bromuro di sodio (g. 20) in acqua (cmc. 300). Sullo stomaco, compresse umide e calde, rinnovate spesso. Se vi è iperestesia addominale, strato di vaselina, ricoperto con pannolino.

2) *Vomiti da aerofagia.* La stessa alimentazione e la stessa pozione bromurata. Inoltre, 5 volte al giorno, un cucchiaio di: Carbonato di bismuto g. 10; Gomma arabica g. 20; Acqua dist. sterilizzata g. 300. Diminuire le dosi dopo qualche giorno.

Esercizi respiratori. Espirazioni prolungate e sostenute. La malata non deve inghiottire la saliva. Sul principio, prendere le bevande con una cannuccia.

3) *Vomiti connessi con la dilatazione atonica dello stomaco.* Immobilizzazione in letto. Sollevare lo stomaco con una fascia alta 30 cm. e bene applicata, a ventaglio, dalla « vita » fino a sotto le pieghe della natica; deve andare stringendosi, al disopra del pube.

Alimentazione e bromuro come al n. 1). Non si permetterà alla malata di alzarsi se non almeno 10 giorni dopo la cessazione dei vomiti. Non preoccuparsi della costipazione nei primi giorni; un clistere, in queste condizioni potrebbe occasionare il ritorno dei vomiti; i lassativi ed i purganti sono dannosi.

In caso di nausee, un bicchierino di acqua di Seltz ogni 5 minuti, cercando di evitare i vomiti.

Si comprende che questa cura non sarà efficace in caso che una malattia vera e propria (uremia od altro) stia alla base dei vomiti.

fil.

L'uzara nelle dissenterie e nella dismenorrea.

Se ne occupano F. Mercier e R. Hamet (*Bulletin Médical*, 1929, n. 14).

Uzara è il nome che alcune popolazioni africane danno ad una pianta di cui adoperano le radici a scopo antidiarroico e antidismenorroico.

L'uzara è una pianta della famiglia delle asclepiadacee, alla quale appartiene anche il condurango.

Contiene due glucosidi, di cui uno, l'uzarina, si è potuto ottenere allo stato cristallino.

Gli studi farmacologici hanno dimostrato che l'uzara: *a*) è pochissimo tossica quando si somministra per via orale; *b*) inibisce le contrazioni dell'intestino più durevolmente dell'adrenalina e senza paralizzare l'intestino stesso come fa l'oppio; *c*) aumenta il tono dell'utero isolato; *d*) ha sui vasi un'effettiva azione costrittrice.

L'uso di questo medicamento come antidissenterico e antidismenorroico è quindi pienamente giustificato. I risultati eccellenti che ha dato in terapia consentono di considerarlo come molto attivo quantunque assolutamente inoffensivo quando sia somministrato per bocca.

L'uzara ha il vantaggio di sostituirsi del tutto negli effetti all'oppio senza dare il pericolo di tossicomania.

Particolarmente indicata è nelle diarree dei ragazzi, che hanno intolleranza per l'oppio.

Nelle dissenterie fa subito scomparire le coliche ed il tenesmo, mette in riposo l'intestino ed in conseguenza fa diminuire le emorragie.

Vogt l'ha impiegata con successo nelle dismenorree senza cause anatomiche ed ha constatato che fa diminuire l'abbondanza del flusso catameniale. Le esperienze degli autori confermano quest'azione.

L'uzara si adopera in terapia come estratto idroalcoolico. Si somministra in soluzione alcoolica al 5,4 % di estratto, o di compresse contenenti ciascuna 5 milligrammi di estratto.

Agli adulti si prescrivono 30 goccie di soluzione o 2 compresse, tre volte al giorno. Nei casi gravi si potranno prendere ogni due ore 20 goccie di soluzione o 2 compresse.

Nei ragazzi di 4-12 anni tali dosi saranno ridotte della metà.

Nei bambini di meno di 4 anni si somministreranno pro die 10-15 goccie di soluzione e 1/2 o 1 compressa.

Nei lattanti si adopererà solo la soluzione alla dose di 4-5 goccie, tre volte al giorno in acqua zuccherata. DR.

L'olio guaiacolo-canforato nella cura del tifo addominale.

Pagani-Cesa (*La Pediatria pratica*, n. 6, 1928) conclude che l'olio guaiacolo-canforato usato per iniezioni nell'infezione tifosa ha dato in 16 casi di bambini affetti di questa forma risultati ottimi e oltre all'aver accelerato la guarigione della malattia ha impresso ad essa un decorso benigno ed ha avuto il vantaggio, dati gli abbassamenti di temperatura, di far diminuire il grave stato tifoso agli ammalati che hanno avuto dei periodi di vera euforia.

L'A. consiglia di praticare le prime iniezioni di guaiacolo a dosi piccole perchè l'organismo risponde alle volte con abbassamenti troppo notevoli della temperatura data la labilità dei centri termoregolatori dei piccoli pazienti. In seguito la dose dovrà essere aumentata sia per ottenere un buon esito sulla temperatura che sullo stato generale perchè l'organismo sembra assuefarsi al farmaco. L'A. ha ripetuto le iniezioni 2-3 volte nella giornata per poter avere maggiori ore di defervescenza febbrile e quindi maggior vantaggio sull'organismo ammalato. MAURIZIO.

VARIA.

L'umanità dell'avvenire.

A. Hrdlicka (*Proceed. Americ. Philos. Society*, 1929, n. 1) si è valso della nozione di *continuità delle trasformazioni biologiche*, per congetturare quale potrà essere l'umanità dell'avvenire.

In altri termini, in base alle trasformazioni prodottesi nell'umanità da quando questa comparve sulla terra, egli tenta di stabilire verso quali sensi avverranno le trasformazioni ulteriori, presumendo che i processi di trasformazione non possano arrestarsi bruscamente, ma debbano continuare almeno per qualche tempo.

Lo studio dell'A. è condotto con molta serietà e cautela. Sulla scorta di esso, vediamo di formarci un'idea concreta dell'aspetto e dei caratteri probabili che presenteranno i nostri lontani nepoti.

La *statura* media della razza bianca viene elevandosi: oggi siamo, nell'insieme, alquanto più alti che gli antichi romani o gli uomini del medio evo, tanto che una persona di statura comune dei nostri giorni, non riuscirebbe più ad entrare nelle pesanti armature di un tempo, ammirate nei musei. Non gli riuscirebbe neppure di adagiarsi negli antichi sarcofaghi, i quali sembrano quasi tutti costruiti per adolescenti o per ragazzi. Per siffatte indagini c'è da fare poco affidamento sulla misura delle statue; occorre valersi di altri elementi più sicuri.

L'aumento di statura è ancora più marcato per le donne che per gli uomini, sovratutto in alcuni paesi come l'Inghilterra.

Siccome questa tendenza è di antica data, è presumibile che non debba arrestarsi tanto presto e che l'umanità avvenire sarà più alta, in media, di quella attuale.

Tuttavia gli aumenti prodottisi nel corso di secoli e di millenni sono relativamente moderati: non v'è dunque alcuna probabilità che nell'avvenire si determini uno stato di gigantismo.

La *capacità cranica* viene anch'essa aumentando, non solo in rapporto con l'aumento di statura (per ragioni fisiologiche, questo importa di per sè un aumento della capacità cranica), ma in proporzione alquanto superiore. Misurando la capacità media di molti crani raccolti in antiche necropoli e quella di crani recenti, e fatta la correzione relativa alla statura, si trova che è venuto producendosi un aumento graduale, quantunque non marcato.

Anche questa tendenza è di data antichissima; quindi è legittimo presumere che non debba arrestarsi e che gli uomini dell'avvenire saranno più di noi dotati di cervello.

Finora l'aumento della capacità cranica si è prodotto senza che il volume esterno del cra-

nio aumentasse in modo notevole, e ciò grazie all'assottigliamento progressivo delle pareti craniche.

Nell'uomo primitivo queste erano poderose e quasi infrangibili; ma un po' per volta hanno perduto l'antica robustezza e resistenza. È chiaro che l'assottigliamento delle pareti craniche non può andare oltre un certo limite, senza compromettere la funzione protettiva esercitata dal cranio verso l'organo più importante del corpo, il cervello; ma è probabile che non sia ancora giunto al limite estremo, compatibile con tale funzione.

L'aumento della capacità cranica si è prodotto anche, in parte, grazie a un leggero aumento di volume di tutto il cranio, nonchè a modificazioni della sua forma, Se le tendenze finora avutesi perdureranno, il cranio in avvenire aumenterà, sia pure in debole misura, secondo il diametro trasversale e anche secondo quello antero-posteriore, più che in altezza.

Col progredire della civiltà, i *capelli* tendono a ridursi: difatti la calvizie costituisce quasi l'appannaggio dei popoli civili. È prevedibile che in avvenire essa diverrà ancora più precoce e diffusa di come oggi non sia, a meno che non si riesca a riconoscerne la causa e, quindi, a combatterla.

Per quanto riguarda l'*organizzazione interna del corpo*, si può presumere che avverrà un'ulteriore riduzione degli organi già divenuti rudimentali o poco attivi, come l'appendice vermiforme ed il quinto molare o « dente della saggezza ».

È probabile che l'intestino si accorci, poichè si tende a fare sempre più largo consumo di cibi raffinati e molto nutrienti, i quali richiedono uno scarso lavoro da parte degli organi della digestione.

È noto che l'intestino umano misura, in media, 5 volte la lunghezza del corpo; sotto questo riguardo l'uomo occupa una posizione intermedia tra gli erbivori e i carnivori: difatti nei primi l'intestino è in media 7 volte più lungo del corpo, nei secondi 3 volte. In avvenire si tenderebbe, dunque, ad allontanarsi dal tipo erbivoro, per avvicinarsi a quello carnivoro.

L'A. si occupa anche di alcune *condizioni fisiologiche*. In questo campo i documenti attendibili del passato si riferiscono solo agli ultimi secoli. Essi proverebbero che si è prodotto un lieve aumento numerico delle pulsazioni e degli atti respiratori, nonchè un lieve aumento della temperatura del corpo. Ciò starebbe a provare che il ricambio organico ed energetico è oggi più attivo che in passato: si vive più intensamente. Se questa tendenza persisterà, ci avvicineremo in qualche modo alle condizioni fisiologiche degli uccelli, la cui temperatura normale sarebbe, per l'uomo, l'equivalente di una febbre altissima: difatti per solito essa supera i 40° C. ed in alcuni uccelli si approssima a 44° C.

Interesserebbe di prevedere l'avvenire dell'*intelligenza* dell'uomo. Se, rivolgendo uno sguardo al passato, ci fermiamo agli ingegni più poderosi, quali Aristotile od Archimede, dobbiamo riconoscere che essi non cedono menomamente a quelli più prossimi a noi, da Galilei a Edison: il genio è di tutti i tempi storici. Sotto questo riguardo parrebbe che non si fossero realizzati progressi apprezzabili, nel corso di alcuni millenni. Se, però, raffrontiamo la vivace intelligenza e la prontezza delle classi operaie e rurali odierne, con la mentalità torpida e rozza delle antiche plebi, siamo indotti ad ammettere che, nella media, un miglioramento è avvenuto. Non si può spiegarlo con l'aumento di volume del cervello, poichè, come abbiamo visto, esso è molto moderato. Si deve dedurne che è inerente, invece, ad una migliore organizzazione della materia cerebrale, per es. ad aumento delle dentriti di cui sono forniti i neuroni. È presumibile che anche per l'avvenire l'incremento dell'intelligenza si affermerà sovratutto in tale senso: che, in altri termini, si otterrà un migliore rendimento dell'organo del pensiero, senza un apprezzabile aumento del suo volume.

Riguardo alla *vita sentimentale*, non è dubbio che la bontà vada sempre più sviluppandosi e affinandosi. Per convincersene basta paragonare il trattamento inflitto agli antichi prigionieri di guerra e quello di cui gratificarono i prigionieri dell'ultimo conflitto mondiale; ovvero paragonare i divertimenti del circo romano ad una gara di pugilato; tener presente la scomparsa della schiavitù, della tortura, la crescente difesa degli animali asserviti all'uomo, ecc. Questa evoluzione è in pieno corso; quindi è probabile che debba accentuarsi. L'umanità dell'avvenire sarà dunque più buona — almeno limitatamente ai popoli civili.

È superfluo insistere su altri cambiamenti ben noti che vanno determinandosi: per es., sull'aumento della longevità.

La lentezza straordinaria con cui le trasformazioni documentabili si sono prodotte in passato, lascia prevedere che anche in avvenire saranno lentissime. Volendo, però, che le previsioni sopra esposte abbiano un certo carattere di attendibilità, devono riferirsi solo ad un avvenire relativamente prossimo, anche perchè il ritmo del progresso è venuto accelerandosi: i tempi stringono ed i secoli assumono il valore degli antichi millenni. È probabile che le trasformazioni diverranno molto rapide se, invece di essere abbandonate a sè stesse, potranno essere dirette verso finalità volute, secondo i principî dell'eugenica.

(Dagli « Annali d'Igiene », ott. 1929).

L. VERNEY.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

Per il titolo di specialista. Osservazioni e proposte.

La *Federazione Medica* ha pubblicato una lettera di « Un gruppo di Medici ex combattenti », nella quale è segnalata una situazione valutabile.

Possono ottenere il riconoscimento del titolo di specialista, per disposizione transitoria, coloro che dimostrino di aver esercitato lodevolmente una specialità per cinque anni, computati anteriormente alla data di pubblicazione del R. D. 31 dicembre 1923 n. 2909, cioè, al 18 gennaio 1924.

Dunque, si osserva, l'esercizio deve essere stato iniziato almeno il 19 gennaio 1919. Coloro che allora prestavano servizio militare, per effetto della mobilitazione, essendo stato firmato l'armistizio il 4 novembre 1918, non erano nella possibilità di iniziare l'esercizio della specialità in tempo utile e ciò per effetto dell'adempimento di un dovere che merita particolarissima considerazione. I medici ex combattenti si troverebbero, da questo punto di vista, in una condizione sfavorevole in confronto di coloro che non parteciparono ai rischi e ai doveri dipendenti dalla guerra.

La osservazione è giusta. A questa esigenza è assai difficile provvedere in base alle norme ora in vigore, anche se interpetrate con larghezza. La eccezione, *rigorosamente definita*, dovrebbe essere stabilita con decreto.

***

È stato chiesto, da altri interessati, che i medici laureati dal 1921 in poi, non potendo usufruire della disposizione transitoria, per insufficiente durata dell'esercizio della specialità, anche se abbiano titoli di studio e di carriera eccezionali, siano ammessi, in considerazione di questi titoli, all'esame per il diploma di specialità, senza obbligo di iscrizione e frequenza dei corsi. L'ammissione sarebbe subordinata al giudizio della Commissione, circa la efficacia dei titoli. È da notare che gli statuti generalmente prevedono il caso della *riduzione* della durata del corso. Ma sembra eccessiva la esenzione totale dall'obbligo della frequenza e dagli esami speciali. I corsi per il titolo di specialista hanno assunto importanza notevolissima e hanno lo scopo principale di *preparare* scientificamente e, con esercizio pratico e di formare vere e proprie competenze specializzate. La serietà di queste *scuole* deve essere rigorosamente salvaguardata. L'insegnamento, senza frequenza, sarebbe un non senso: tanto varrebbe attribuire il titolo di specialista per altra via, mediante *accertamento* di una data capacità. Questa possibilità è ammessa, ma transitoriamente.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

VII. - Segreto professionale - Referto - Denunzia dei casi di aborto.

Esaminai brevemente questo argomento: *Policlinico*, Sez. prat., 1928, n. 1, e 1929, n. 5.

Il prof. G. G. Perrando, in una interessante conferenza alla R. Accademia medica di Genova e poi nella rivista *Il diritto pubblico sanitario*, anno 1929, num. 10, e il consigliere di Stato on. Carapelle nella stessa Rivista, 1929, n. 8, ne hanno fatto un riesame più ampio.

Il primo, considerando da un punto di vista generale la posizione e la funzione del medico, ritiene che « la obbligatoria collaborazione imposta ad esso nell'interesse collettivo vada poco a poco assumendo tali proporzioni da potersi ben dire che l'esercizio privato della medicina *tenda in realtà a trasformarsi in una predominante funzione pubblica* ».

Circa lo scopo e la efficacia della denunzia dei casi di aborto non esclude che il medico provinciale debba fare rapporto all'autorità giudiziaria qualora risultino elementi di un reato. Egli ricorda, cortesemente, la mia opinione: non la respinge, ma fa alcune riserve. L'on. Carapelle ha invece aderito alla mia tesi, ritenendo che l'obbligo della denunzia al medico provinciale abbia obbietto e scopo diversi da quelli dell'art. 439 c. p., il quale conserva tutto il suo vigore.

La quistione ha molta importanza, anche perchè si riferisce a una norma di condotta pratica. La riesamino, tenendo conto del contributo che alla risoluzione del dubbio deriva dallo studio del Perrando e del Carapelle.

Tra i precetti di Ippocrate circa il segreto professionale (1) e l'ordinamento attuale della professione, dominato anche da obblighi di pubblico interesse specialmente per le denunzie (2), le differenze sono certamente profonde, quanto diverse sono le condizioni di vita alle quali si riferiscono. Ma sembra eccessivo ritenere che l'esercizio privato tenda in realtà a trasformarsi in una funzione pubblica.

I medici hanno certamente molti doveri di carattere pubblico; la estensione della denunzia obbligatoria ha sottratto non piccolo campo al segreto professionale; ma il rapporto tra il professionista e il cliente, che a quello deve potersi affidare con sicura confidenza e senza preoccupazioni, è essenzialmente privato

(1) « Qualunque cosa fra la cura e anche fuori di essa oda o veda che non convenga portar fuori, la serberò in silenzio come un arcano ».

(2) Alienati, esposti, aborti, malattie infettive e diffusive, malattie celtiche; funzioni di collaborazione nelle istituzioni di previdenza, assicurazione e simili.

e corrisponde ancora al sistema giuridico ed etico del segreto professionale. Così è, senza dubbio, per il nostro ordinamento positivo e anche per il costume. La maggiore estensione degli obblighi di denunzia, nell'interesse della collettività, non hanno alterato *sostanzialmente* il dovere del segreto. Ma questo argomento mi condurrebbe troppo lontano; ritorno, quindi, subito alla quistione più ristretta del referto e della denunzia dei casi di aborto.

Dispone l'art. 149 del c. p. p.: chiunque abbia notizia di un reato, per il quale si debba procedere d'ufficio, *può* farne denunzia all'aurità giudiziaria. L'art. 150, invece, *obbliga* il pubblico ufficiale, che nell'esercizio delle sue funzioni abbia notizia di un reato, a farne rapporto mediante denunzia. Facoltà nel primo caso; obbligo nell'altro. La ragione di questa differenza è intuitiva.

Circa il segreto, è da considerare anzitutto la disposizione dell'art. 248 c. p. p.: « Non possono essere obbligati a deporre su ciò che a loro sia confidato o sia pervenuto a loro conoscenza, per ragioni del proprio stato o ufficio o della propria professione: ..... 3) i medici o i chirurgi, i farmacisti, le levatrici e ogni altro ufficiale sanitario, *salvo i casi nei quali la legge li obblighi espressamente ad informarne la pubblica autorità* ». Qui domina la regola del segreto professionale, salvo l'obbligo del referto che è stabilito dall'art. 439 c. p.: « il medico, il chirurgo o la levatrice o altro ufficiale di sanità che, avendo prestato l'assistenza della propria professione in casi che possano presentare caratteri di delitto contro la persona, omette o ritarda di riferirne all'autorità giudiziaria o di pubblica sicurezza, è punito, *eccetto che il referto esponga la persona assistita ad un procedimento penale*, con l'ammenda sino a L. 50 ». L'obbligo giuridico del referto, in quanto risulta da un comando della legge penale, ha, quindi, un limite. Da un punto di vista etico e astratto, diverso dovere si imporrebbe a chi ha notizia di un reato. Ma esigenze pratiche giustificano quella norma di condotta, volendosi evitare che la preoccupazione del procedimento penale induca la persona offesa a sottrarsi ai soccorsi necessari, e determini conseguenze che in certi casi possono essere molto gravi. La disposizione dell'art. 439 ha carattere generale e limita l'obbligo del referto, eccettuando *tutti i casi* in cui la persona assistita possa essere esposta ad un procedimento penale.

Si considerino ora le norme concernenti la denunzia dei casi di aborto.

L'art. 9 del R. D. 23 giugno 1927 n. 1070, dispone così: « Gli esercenti la professione di medico chirurgo... sono obbligati...: *b*) a denunciare *in modo circostanziato* al medico provinciale, entro due giorni, ogni caso di aborto per il quale essi abbiano prestato la propria opera o del quale siano venuti comunque a conoscenza nell'esercizio della loro professione; la denunzia è fatta secondo le norme indicate nel regolamento; *il contenuto della denunzia deve rimanere segreto* ». Il regolamento 6 dicembre 1928, n. 3112, soggiunge che la denunzia deve contenere indicazioni complete: cognome, nome, età, domicilio della donna; se l'aborto è stato spontaneo o provocato o incompleto; le cause che possono averlo determinato; i nomi dei medici chirurgi che sono intervenuti nello stabilirne le indicazioni e quali ne siano stati esattamente i motivi; il nome della levatrice, ecc. ecc. È evidente che, se si tratta di aborto procurato, dal contenuto della denunzia può risultare la responsabilità anche della persona assistita dal medico denunziante.

È anche da tener presente l'art. 5 della legge 23 giugno 1927 n. 1070; il medico provinciale « riceve dagli esercenti la professione di medico chirurgo le informazioni sui fatti e sulle circostanze che possono interessare la sanità pubblica *e le denuncie degli aborti. Quando nell'esercizio delle sue funzioni, abbia notizia di un reato per il quale si debba procedere d'ufficio, deve darne denuncia mediante rapporto* ».

Queste sono le disposizioni che devono essere interpetrate e coordinate per stabilire se, relativamente all'aborto, è ancora in vigore la eccezione all'obbligo del referto e se il medico provinciale, ricevuta la denunzia, qualora ne risultino elementi di responsabilità penale anche contro la persona assistita dal denunziante, debba a sua volta farne denuncia mediante rapporto, ai fini del procedimento penale. Il dubbio, acutamente rilevato dal prof. Perrando, è giustificato.

Ma io non credo di dover modificare la opinione già espressa.

L'art. 439 c. p. riguarda l'obbligo del referto per tutti i delitti contro la persona e ne eccettua il caso in cui il referto esponga la persona assistita ad un procedimento penale.

La denunzia prevista dall'art. 9 della legge 23 giugno 1927 non ha lo stesso obbietto ed ha finalità diversa: quello è diretto a portare a conoscenza dell'autorità giudiziaria e di pubblica sicurezza qualunque fatto che possa presentare i caratteri di delitto contro la persona, al fine della sanzione penale; la denunzia, invece, ha lo scopo di informare il medico provinciale, in modo circostanziato, di qualunque caso di aborto, spontaneo o provocato. Le due disposizioni possono coesistere compiutamente; non vi è incompatibilità tra di esse. Il sanitario che ha prestato assistenza ha una linea di condotta sufficientemente chiara: non farà referto all'autorità giudiziaria, se si verifica il caso di eccezione; ma presenterà denunzia al medico provinciale. Delicata è, invece, la situazione di quest'ultimo. Se egli dovesse fare rapporto anche quando sia esposta a procedimento penale la persona assistita dal medico denunziante, la eccezione stabilita dall'art. 439 sarebbe indirettamente vulnerata: mancherebb-

be, è vero, il referto del medico cha ha prestato assistenza, ma la persona assistita sarebbe denunziata dal medico provinciale in base alla denunzia del medico al quale la persona responsabile si affidò per la cura.

Una innovazione così importante, anche per gli effetti pratici, non sembra risulti dalle disposizioni che, per un dato scopo di polizia sanitaria e di vigilanza e non al fine della perseguibilità penale, prescrivono l'obbligo della denunzia al medico provinciale in tutti i casi di aborto.

L'art. 9 del decreto 23 giugno 1927 dispone che « *il contenuto della denunzia deve rimanere segreto* ». Il medico provinciale può, dunque, utilizzare la conoscenza di tutti i casi d'aborto per fini inerenti al suo ufficio sanitario, ma non può darne notizia. Se il contenuto della denunzia, cioè il fatto, deve rimanere segreto, sembra evidente che sia esclusa anche la possibilità legittima di un rapporto all'autorità giudiziaria per fatti ed elementi risultanti dalla denunzia. Non sarebbe serio pensare che il medico provinciale possa conservare formalmente il segreto, non richiamando l'atto a lui trasmesso, e denunziando il fatto. Le dissimulazioni e gli accomodamenti sono anche moralmente repugnanti.

Ma una difficoltà deriva dall'art. 5 della stessa legge 23 giugno 1927. Il medico provinciale riceve le « informazioni sui fatti e sulle circostanze che possano interessare la sanità pubblica e le denuncie degli aborti ». Soggiunge l'art. 5: « *quando, nell'esercizio delle sue funzioni, abbia notizia di un reato per il quale si debba procedere d'ufficio, deve darne denunzia mediante rapporto* ». Si potrebbe, quindi, argomentare: se il medico provinciale trova nella denunzia gli elementi di un reato per aborto procurato, è obbligato per legge a fare rapporto all'autorità giudiziaria in ogni caso, perchè l'art. 5 non ripete la eccezione che è invece stabilita dall'art. 439 per il medico che ha prestato assistenza.

Se così fosse, la disposizione dell'art. 439 c. p. sarebbe sostanzialmente vulnerata per via indiretta. Ma questa interpetrazione dell'art. 5 non si concilia con l'art. 9: il primo obbliga a denunziare; il secondo stabilisce che il contenuto della denunzia deve rimanere segreto. Vi è, dunque, contraddizione fra le due disposizioni? Io non credo che sia necessario giungere a questa conseguenza. L'articolo 5 stabilisce, anzitutto, una norma regolamentare: il medico provinciale riceve le denunzie degli aborti e le informazioni sui fatti e sulle circostanze che interessano la salute pubblica. Contiene poi un'altra disposizione, *di carattere generale*, identica a quella dell'articolo 150 del c. p., la quale obbliga alla denunzia mediante rapporto qualsiasi pubblico ufficiale che, nell'esercizio delle sue funzioni, abbia notizia di un reato per il quale si debba procedere d'ufficio. Il medico provinciale è pubblico ufficiale; quindi egli è obbligato a denunziare qualsiasi reato perseguibile d'ufficio. Ma poichè l'art. 9 della stessa legge dispone che il contenuto delle denunzie relative agli aborti deve rimanere segreto, il coordinamento delle due disposizioni — generale l'una, speciale l'altra — conduce a questa conseguenza: il medico provinciale, come qualsiasi altro pubblico ufficiale, deve denunziare i reati dei quali ha notizia nell'esercizio delle sue funzioni; si fa eccezione per quei reati che risultino dalla denunzia presentata dai medici che hanno prestato la propria assistenza o siano venuti comunque a conoscenza dell'aborto nell'esercizio della loro professione. Questa interpetrazione sembra preferibile.

Si osserverà forse che il delitto di aborto potrebbe rimanere impunito, sebbene noto ad un pubblico ufficiale; ma si risponde che l'obbligo del referto rimane, *entro i limiti dell'art. 439*, perchè il medico, il chirurgo, ecc. se hanno notizie di un reato di aborto, e se la persona assistita non possa essere esposta ad un procedimento penale, devono presentare subito referto.

Se si ammette che la disposizione dell'articolo 439 è rimasta pienamente efficace, la situazione non è modificata circa la possibilità di perseguire i delitti. In altri termini, l'obbligo del segreto imposto al medico provinciale, mentre corrisponde alla disposizione dell'art. 439, non attenua la possibilità di reprimere i delitti di procurato aborto.

Il medico provinciale si varrà della denunzia non soltanto per scopi statistici, ma anche per fini di vigilanza e di polizia sanitaria e per qualsiasi altro scopo compatibile col carattere segreto della denunzia e colla esclusione dell'obbligo di fare rapporto all'autorità giudiziaria. Anche entro questi limiti la denunzia ha la sua importanza, perchè rende possibile una più completa e consapevole vigilanza del medico provinciale sull'attività dei sanitari in genere e, per sè stessa, costituisce una remora, un freno qualora non operi la spinta del dovere. In ogni modo, si tratta ora di interpetrare le norme in vigore. Se una eccezione si volesse stabilire alla esenzione dall'obbligo del referto, la innovazione, che modificherebbe l'art. 439 del c. p., dovrebbe essere chiara ed esplicita. Da questo punto di vista, che attiene alla politica legislativa più che alla funzione dell'interpetre, sarà da considerare se sia preferibile, nell'interesse pubblico, la più facile repressione dei delitti di aborto, in tutti i casi, o la esigenza di evitare i più gravi danni che deriverebbero dalla spinta a non richiedere l'opera del medico per la preoccupazione della denunzia, qualora la persona assistita, affidandosi alle cure del sanitario, sappia di esporsi alla eventualità di un procedimento penale. Ma siffatta indagine non è oggetto e scopo di questa nota.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

2° Congresso Nazionale del Sindacato Medico.

Come annunziammo, si è adunato a Napoli il 2° Congresso Nazionale del Sindacato dei Medici Fascisti d'Italia.

I lavori si sono svolti nell'aula dell'ex Consiglio Provinciale (a S. Maria Nova).

La cerimonia inaugurale ebbe luogo la mattina del 12 gen.; riuscì imponentissima per il grande numero dei medici intervenuti da tutta Italia, in rappresentanza dei Sindacati; vi hanno presenziato l'on. Arnaldo Fioretti, segretario generale del Sindacato nazionale fascista dei medici, il sen. Guaccero, gli on. Perna, Salvi e gli altri membri del Direttorio nazionale, l'on. Di Giacomo, presidente della Confederazione dei professionisti ed artisti, l'avv. Roberti, fiduciario nazionale dei centri di cultura e propaganda corporativa, tutte le autorità cittadine, senatori, deputati, professori d'università, magistrati, rappresentanti di tutte le organizzazioni sindacali cittadine.

Ha preso per primo la parola l'on. Arnaldo Fioretti il quale, dopo avere rivolto un saluto all'on. Di Giacomo, alle autorità ed agli intervenuti e dopo avere annunciato che, chiamato dalle superiori gerarchie, dovrà lasciare la carica di segretario del Sindacato nazionale medici, per coprire altra carica, ha beneaugurato ai lavori del Congresso ed ha espresso il suo compiacimento, per avere potuto constatare che i medici italiani seguono l'opera del Sindacato con sempre crescente simpatia.

L'oratore, fra gli applausi dei presenti, enumera poi le battaglie combattute e vinte e le altre manifestazioni di attività del Sindacato, tutte animate dal fine di raggiungere le alte idealità fasciste. Il vice podestà duca Miutta, in nome di Napoli, ha porto quindi un cordiale saluto ai convenuti. Il prof. Urbano Sorrentino, presidente del Comitato ordinatore del Congresso, a nome del Direttorio e degli iscritti al Sindacato Provinciale Fascista dei Medici di Napoli, ringrazia i gerarchi e i camerati fascisti convenuti a rendere più solenne il Congresso e passa in rassegna tutta l'opera svolta dal Sindacato napoletano, inspirata sempre a vera fede fascista.

Il prof. Sorrentino, tra le vive acclamazioni dei presenti, termina elevando il pensiero a colui che, assunto il governo dello Stato in un momento di tragica anarchia, ha saputo indicare ai lavoratori del braccio e della mente il cammino da percorrere e le mète da raggiungere, nell'interesse supremo della Nazione.

Indi l'on. Di Giacomo, assai applaudito, reca l'adesione di tutti i professionisti ed artisti, inquadrati nella Confederazione da lui presieduta ed illustra l'opera svolta dalla Confederazione e traccia poi la via ancora da percorrere da parte degli intellettuali, affinchè il popolo italiano, dopo la guerra e la Rivoluzione, possa iniziare veramente la sua nuova storia. Dopo lette le numerose adesioni, il sen. Guaccero offre all'on. Fioretti un'artistica medaglia d'oro, quale testimonianza di affetto ed ammirazione dei medici appartenenti al Sindacato provinciale di Napoli.

Riprende quindi la parola l'on. A. Fioretti, il quale, dopo avere ringraziato il Sindacato per il gradito dono, svolge la relazione morale e finanziaria, trattando in special modo della lotta ingaggiata contro la tubercolosi, degli accordi con la Cassa Assicurazioni sociali, dell'ordinamento dei Sindacati e per la soppressione degli Ordini, dei rapporti con i medici condotti, delle forze controllate attraverso le associazioni scientifiche, della lotta contro l'esercizio abusivo, della pensione ai liberi esercenti e della politica mutualistica.

L'on. A. Fioretti è stato vivamente applaudito. Il Congresso ha acclamato poi all'unanimità l'on. Ermanno Fioretti a segretario generale del Sindacato nazionale dei medici fascisti.

È seguito un ricevimento, offerto al Municipio dall'amministrazione podestarile, al quale è intervenuto anche il presidente dei mutilati belgi.

Nella seduta pomeridiana del Congresso, presieduta dal sen. Guaccero, è stata discussa la relazione morale e finanziaria del segretario generale on. Fioretti. Hanno preso parte alla discussione moltissimi congressisti. All'unanimità, su proposta dell'on. Fioretti, è stato stabilito di mantenere in carica l'attuale Direttorio, in attesa di nominarne un altro, giusta le disposizioni che saranno stabilite dallo statuto, non ancora pubblicato. — All'on. A. Fioretti venne offerta una pergamena.

Nella seduta antimeridiana del 13 gen., presieduta dal sen. Guaccero, su relazione dell'on. prof. N. Castellino, si è deciso di addivenire ad una efficace tutela della nostra stampa medica, la quale oggi soffre di pletora. Il mezzo escogitato per venire in aiuto della stampa medica consiste nel fondare un nuovo periodico, che sarà il giornale scientifico del Sindacato Medico. In esito a discussione, cui parteciparono i professori Catalani, on. Fioretti, on. Perna, Coen-Cagli, Nardelli, Sorrentino, venne approvato un ordine del giorno.

A quanto riferisce la « Riforma Medica »: « E' stata ammirevole, sia nella relazione dell'on. Castellino, sia nei discorsi degli altri oratori, tra i quali l'on. Ermanno Fioretti, l'on. Perna, il prof. Catalani, il prof. Sorrentino, la franca segnalazione delle benemerenze dei maggiori periodici medici italiani, che hanno acquistata salda tradizione di elevatezza scientifica, sostenendo da soli la superiorità della scienza italiana. Nei confronti di questi periodici il nuovo robusto organo giornalistico sindacale compirà proficua

opera valorizzatrice, potenziandone gli sforzi, verso una comune meta di affermazione del pensiero scientifico italiano ».

Nella seduta pomeridiana, sotto la presidenza del prof. Sorrentino, vennero in discussione vari argomenti, in particolare la limitazione dell'appartenenza alle mutue libere: fu votato analogo ordine del giorno.

Da ultimo, si inviarono telegrammi agli on. Mussolini, Turati e Bottai.

Per i limiti di età dei medici condotti. Disposizioni dei Comuni.

Essendosi constatato come non pochi Comuni del Regno abbiano provveduto a modificare i capitolati sanitari aggiungendo la facoltà di collocare a riposo i medici condotti, pel solo fatto di avere superato i 63 anni di età, si è fatto notare ai Podestà che detta facoltà esorbita dalle loro funzioni.

Al riguardo, non deve essere dimenticato che il rapporto giuridico fra il Comune e il medico condotto, che abbia acquistata la stabilità, attribuisce a quest'ultimo un diritto subiettivo al posto occupato che, nel silenzio della legge, non può essere vincolato da limiti precostituiti di tempo.

Come l'assunzione in ufficio del medico condotto, invero, ha la sua causa giuridica nell'interesse generale che sia assicurato il servizio di assistenza sanitaria, così la durata della nomina deve trovare il suo limite nello stesso interesse generale. Tale limite, fra le altre cause di carattere disciplinare o attinenti al servizio, si riscontra quando il sanitario condotto non possa più attendere, per inabilità fisica od intellettuale, al suo ufficio: ma la inabilità deve essere certa e non presunta.

Chiaro emerge, pertanto, che, secondo il sistema giuridico sancito dalle disposizioni generali di diritto positivo che disciplinano lo stato giuridico dei sanitari condotti, ed alle quali debba uniformarsi la potestà regolamentare dei Comuni, questi non possono, nei loro regolamenti speciali, adottare disposizioni che la fisica inabilità facciano — in base ad una semplice presunzione — coincidere con un limite di età prestabilito, che non trova riscontro nella legge.

Reciprocità con l'Egitto per l'esercizio professionale medico.

Il Ministero degli Interni (Direzione Gen. della Sanità Pubblica) ha diramato ai Prefetti e autorità assimilate una circolare in data 21 agosto 1929, n. 20400, nella quale è detto:

L'art. 51 del R. D. 30 settembre 1923, n. 2102, sull'ordinamento della istruzione superiore, nel dichiarare che i titoli accademici conseguiti all'estero non hanno valore legale nel Regno, fa salvo il caso di leggi speciali.

Per le professioni sanitarie la legge speciale è rappresentata dal R. decreto legge 24 marzo 1923, n. 882, il quale dà facoltà al Governo di stipulare accordi speciali con altri Stati per l'ammissione, nel Regno, all'esercizio professionale, degli stranieri, laureati in detti Stati, sulla base della assoluta reciprocità di trattamento per i cittadini diplomati in Italia.

In Egitto, in virtù dell'ordinamento di quello Stato, i cittadini italiani, laureati in Italia, in medicina e chirurgia, sono ammessi, senza restrizione, al libero esercizio professionale.

Aderendo, quindi, alla proposta del Governo Egiziano, il Regio Governo, a titolo di reciprocità, ha stabilito che siano abilitati ad esercitare medicina e chirurgia nel Regno, per concessioni singole e dietro segnalazioni nominative, da farsi dal Governo Egiziano, caso per caso, i sudditi egiziani laureati in Egitto prima del 21 dicembre 1925.

Coloro, invece, che, quantunque cittadini egiziani e laureati in Egitto, abbiano conseguito la laurea dopo tale data, potranno essere ammessi all'esercizio professionale del Regno, soltanto dopo aver superato in Italia il prescritto esame di Stato, analogamente a quanto è stabilito per i cittadini italiani, laureati nel Regno, posteriormente alla data stessa.

La circolare aggiunge che l'inscrizione, negli albi professionali, dei medici cittadini egiziani laureati in Egitto, dovrà essere subordinata, a speciale autorizzazione da impartirsi, caso per caso, dal Ministero.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Aielli (*Aquila*). — Cerca subito medico-chirurgo per nomina provvisoria condotta medica. Abitanti 2500 capoluogo e frazione. Stazione ferroviaria linea Roma-Sulmona. Stipendio L. 9500. Indennità: cavalcatura L. 2700; Ufficiale Sanitario L. 500. Poveri ammessi alla cura gratuita 300 circa. Indirizzare domande, titoli e referenze al Sig. Podestà di Aielli.

Aosta. *Amministrazione Provinciale*. — Direttore della Sezione Chimica e Assistente della Sezione Medico-Micrografica, dei Laboratori provinciali di igiene e profilassi. Stipendi rispettivamente di L. 15.500 e L. 12.000, aumentabili di un ventesimo per ogni biennio e per dieci bienni. Supplemento di servizio attivo rispettivamente di L. 4000 e di L. 2500. Compartecipazione contravvenzioni e 25 % pel Direttore e 10 % per Assistente sui proventi, analisi, ecc. Scadenza 30 marzo. Per informazioni e domande rivolgersi alla Segreteria Gener. dell'Amministrazione Provinciale.

Brescia. *Spedali Civili*. — Quattro aiuti, per un reparto di medic. generale, per il reparto ostetrico, per l'Istituto di anat. patol. e per l'Istituto di elettrologia, radiologia e radiumterapia; per i primi due posti stipendio di L. 4700; per gli altri due stip. di L. 6000 oltre indenn. serv. att. L. 5000 e partecip. introiti nella misura del 20 e del 7,5 %, con divieto eserc. libero; nomina e tre conferme biennali. Scad. ore 15 del 28 feb. Età lim. 37 a. Docum. non anter. al 30 nov. Ti-

toli ed eventualm. esami. Chied. annunzio all'Amministrazione.

CAGLIARI. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med.-Micrograf. del Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi; titoli ed esami; L. 16.000 oltre L. 4200 serv. att., compartecipaz. introiti indagini interesse privato; aumento L. 800 dopo il primo quadriennio e L. 1000 dopo il secondo; età lim. 45 a.; scad. 20 feb.

CASTELRAIMONDO (*Macerata*). — Per Gagliole; scad. 28 febbr.; v. N. 5.

FIRENZE. *Comune.* — Tre posti di medico addetto all'Ufficio d'Igiene. Scadenza ore 17 del 28 febbraio. V. N. 5.

GENAZZANO (*Roma*). — 2ª condotta; a tutto 28 febbr.; L. 9500 per 1000 pov.; 5 quadrienni dec.; c.-v.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 10 gen.

NAPOLI. *Ospedali Riuniti.* — Concorsi a 21 assistenti chirurgi generici e 7 assistenti medici generici; scad. 15 feb. Concorsi a 2 assistenti nel reparto ostetrico-ginecologico degli Incurabili; 1 nel reparto e dispensario oculistico degli Incurabili; 3 nel reparto e dispensario dermosifilopatico dell'Ospedale della Pace; 3 pel servizio nell'Istituto anatomo-patologico; scad. 18 febb. Rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione degli Ospedali Riuniti (cortile Ospedale Incurabili).

ONANO (*Viterbo*). — A tutto 5 marzo; L. 10.500 per 1000 pov.; addizion. L. 4 da 1001 a 2000 pov., L. 5 oltre; per uff. san. L. 500; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 21 gen.

OVINDOLI (*Aquila*). — Limitata ai soli poveri, con residenza nel capoluogo. Stipendio annuo L. 10.500, L. 2700 per indenn. cavalcatura e disagiata residenza, più L. 500 quale uff. sanitario. La domanda, i documenti di rito, più gli altri che l'aspirante credesse opportuno esibire nel proprio interesse, debbono pervenire all'Ufficio Municipale entro le ore 12 del 5 marzo. Per altri chiarimenti rivolgersi all'Ufficio predetto.

PESARO. *Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi.* — Assistente della Sez. Chimica; scad. ore 18 del 10 marzo. Rivolgersi alla Segreteria generale della Provincia.

POGGIO MIRTETO (*Rieti*). — 2ª condotta; proroga a tutto 28 feb.; età lim. 30 a. al 20 dic.; tassa L. 50,10; doc. a 4 mesi dal 20 dic.; restano ferme tutte le altre condiz.

POVIGLIO (*Reggio Em.*). — A tutto 28 feb., 2ª condotto. V. N. 5.

RAGUSA (*Sicilia*). — L'Amministrazione Provinciale rende noto che il termine per la presentazione delle domande e documenti per i posti di Direttore della Sez. Medico-Micrografica del Laboratorio di Igiene e Profilassi e Direttore della Sez. Chimica del Laboratorio stesso, di cui il precedente avviso del 1° dicembre 1929, è prorogato fino alle ore 12 del 3 marzo. Le domande e i documenti debbono essere indirizzati alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Ragusa (Sicilia).

SASSARI. — Direttore Tecnico del Consorzio provinciale antitubercolare di Sassari. Scadenza 28 febbraio. V. N. 5.

SESSA CILENTO (*Salerno*). — Per titoli. Stipendio L. 7000 lorde delle ritenute di ricc. mob. e cassa pensione, più L. 1500 indenn. cavalcatura. Documenti di rito. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale. Scadenza 15 marzo.

STRIGNO (*Trento*). — Scad. 30 giorni dal 21 gen.; consorzio sanitario di Scurelle (due frazioni del comune di Strigno ed una del comune di Grigno); L. 8500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3600 trasp.; età lim. 39 a.; doc. a sei mesi dal 21 gen.

TERRAGNOLO (*Trento*). — Scad. 30 giorni dal 16 gen.; ab. 2500 circa; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1600 indenn. via, L. 3000 cavallo, L. 950 uff. san., abitazione; tassa L. 50,15; età lim. 35 a.; doc. a 6 mesi dal 16 gen.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — 2ª condotta; L. 9700 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v. e L. 2000 trasporto; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; scad. 20 feb.

VASTO (*Chieti*). — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esami. Stipendio annuo L. 5000, aumentabile del decimo ogni quadriennio e per cinque quadrienni. Domanda e documenti debbono essere indirizzati e pervenire all'Ufficio Sanitario Provinciale di Chieti non oltre il 20 marzo. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi all'Ufficio predetto.

ZUCCARELLO (*Savona*). — Consorzio per i comuni di Zuccarello, Castelvecchio, Erli e Cisano sul Neva. Scadenza ore 18 del 20 marzo. V. N. 5.

La Cassa Nazionale malattie per gli addetti al commercio con sede in Roma, Lungotevere dell'Anguillara n. 9, ha aperto un concorso per la nomina di un ispettore medico per la provincia di Terni.

I signori medici che desiderano prendere parte al concorso dovranno senza indugio prenotarsi presso l'Ufficio del Sindacato prov. medici di Terni, Palazzo Mazzancolli (pianterreno), oppure invieranno direttamente una domanda in carta libera alla predetta Cassa in Roma con breve cenno dei titoli di carriera.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

BORSE DI STUDIO.

Borsa di studio A. Wassermann.

È aperto il concorso per una borsa di studio di lire cinquemila da assegnarsi ad una dottoressa italiana in medicina e chirurgia, che intenda compiere un anno consecutivo di studi di perfezionamento presso una Università od Istituto Superiore del Regno. L'assegno sarà corrisposto in rate trimestrali anticipate di lire mille ciascuna, con decorrenza dal 1° marzo. Le ultime mille lire saranno versate alla fine dell'anno qualora la vincitrice presenti un lavoro pubblicato. La scelta dell'Università o Istituto Superiore è subordinata all'approvazione della Commissione aggiudicatrice. Questa sarà composta di tre dottoresse e nominata alla scadenza del termine di concorso. Le domande in carta libera vanno indirizzate alla Presidente dell'Associazione Nazionale Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia

(Dott.ssa Myra Carcupino Ferrari, Salsomaggiore) non oltre il 20 febbraio. Titoli in triplice copia. Occorre far parte dell'Associazione.

CONCORSI A PREMI.

Premio « Guido Banti ».

Questo premio è stato istituito, presso la R. Università di Firenze, coi proventi del fondo raccolto dal dott. Silvio Dessy, allievo del prof. Guido Banti, fra i medici di Buenos Ayres, per onorare la memoria del Maestro. Il premio è biennale; ogni premio importa L. 5000 ed è unico e indivisibile. È destinato a lavori originali sopra argomenti di anatomia o istologia patologica a preferenza con indirizzo etiologico e patogenico. Possono partecipare al concorso studiosi italiani regnicoli o non regnicoli o argentini, purchè le ricerche sieno state eseguite in Istituti italiani o argentini. I lavori debbono essere scritti in italiano.

È ora indetto un concorso con scadenza al 31 maggio 1930. I lavori saranno indirizzati al Rettore della R. Università di Firenze e dovranno essere recapitati non oltre la mezzanotte del termine sopra indicato. Si possono presentare al concorso anche lavori già pubblicati, purchè posteriormente al 1° febbraio 1927.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Tito Ferretti è nominato direttore del grande Ospedale del Littorio di Roma (del quale avemmo più volte ad occuparci).

L'insigne chirurgo primario, il cui valore eccezionale è pari soltanto alla modestia, ha già reso grandi servigi all'amministrazione ospedaliera di Roma, quale direttore dell'Ospedale di Santo Spirito, rivelando capacità, doti di equilibrio morale, rettitudine a tutta prova.

Da molti anni ci onoriamo di averlo nella famiglia redazionale del « Policlinico » e ci è particolarmente grato di esprimergli i nostri rallegramenti cordialissimi per l'alta carica alla quale è stato ora chiamato.

Il maggiore medico Giovanni Perilli, dell'Ospedale Militare di Roma, fu delegato dal Ministero della Guerra a rappresentare, in Denver, Colorado, il Corpo Sanitario Militare Italiano al Congresso dell'Associazione dei Medici Militari degli Stati Uniti d'America.

Apprendiamo ora che il dott. Perilli è stato nominato membro onorario di quell'Associazione, che riunisce gli ufficiali medici in servizio attivo ed in congedo dell'Esercito, della Marina e della Sanità Pubblica Americana.

Il dott. G. R. Lafora è nominato presidente dell'Accademia Medico-chirurgica Spagnola di Madrid.

Il prof. Philipp Broemser di Basilea è chiamato alla cattedra di fisiologia di Heidelberg, quale successore di A. Püttner.

Alla Facoltà Medica Tedesca di Praga sono nominati ordinari: il prof. Friedrich in igiene, il prof. Marx in medicina legale.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso dei medici dell'Opera Balilla.

Nei giorni 2-4 febbraio, mentre questo numero viene impaginato, si tiene in Roma il primo Convegno nazionale dei medici dell'O. N. B.

Sono all'ordine del giorno del Congresso i seguenti temi: 1) l'O.N.B. di fronte alle malattie sociali; 2) Sorveglianza medica delle manifestazioni ginnico-sportive, dei campeggi e delle colonie; 3) L'assicurazione infortuni degli iscritti all'Opera, suo valore educativo e di prevenzione dell'invalidità.

Vengono pure svolte nel Congresso le seguenti comunicazioni: 1) L'accademia fascista di educazione fisica e le sue finalità; 2) L'azione assistenziale dell'Opera Balilla: integrazione dei suoi scopi educativi; 3) La cartella biografica: sua consistenza e sue finalità; 4) Psicologia dell'educazione fisica; 5) Esonero dalla ginnastica e ginnastica per deboli e malati.

Congresso tedesco di Pediatria.

La Società Tedesca di Pediatria terrà la sua 41ª riunione annuale a Wiesbaden, dall'11 al 13 aprile, subito dopo la chiusura del Congresso della Società Tedesca di Medicina Interna, sotto la presidenza di Ibrahim; si discuterà il tema: « Le affezioni extra-piramidali nell'età infantile », relatori Lotmar (Monaco) e Ibrahim (Jena). Per informazioni rivolgersi al segretario, Prof. Dr. Goebel, Universitäts-Kinderklinik, Halle a. S., Germania.

Subito dopo, il 14 aprile, si adunerà la Lega Tedesca per la Tutela dei Lattanti e della prima Infanzia.

Istituto di Cultura Medica in Varese.

Il II Corso estivo si svolgerà dal 10 al 31 luglio e tratterà della « Fisiopatologia Cardiorenale ».

Tassa di iscrizione Lit. 200; per gli studenti di medicina del 6° anno L. 100.

Alla fine del Corso, agli iscritti che lo avranno frequentato regolarmente, verrà rilasciato un certificato dell'Istituto Interuniversitario Italiano.

Sono accordate varie facilitazioni di viaggio e di soggiorno.

Per le iscrizioni e schiarimenti rivolgersi alla Compagnia Italiana del Turismo (Piazza Colonna, Roma) o agli uffici e rappresentanti in Italia e all'estero della Compagnia stessa; in Varese all'Agenzia Viaggiatori Rossini, Corso Roma 4, o alla Direzione del Corso.

Corso di cultura sulle Specialità Medicinali.

Il 10 marzo nell'Istituto di Farmacologia della R. Università di Padova (via Loredan, n. 2) avrà principio un Corso sulle specialità medicinali terapeutiche, autorizzato dal Ministero dell'Educazione Nazionale. Al Corso potranno iscriversi i laureati in medicina e chirurgia, i laureati in chimica e farmacia ed i diplomati in farmacia. Esso avrà la durata di due settimane. Tassa L. 100,10. Chiedere informazioni e programma al direttore del corso, prof. I. Simon, direttore dell'Istituto farmacologico della R. Università, Padova.

Corso sul cancro a Strasburgo.

Il 3° Corso di perfezionamento sul cancro presso la Facoltà Medica di Strasburgo avrà luogo dal 16 al 26 luglio, sotto la direzione del Dr. Gunsett. Tassa d'iscrizione fr. 500. Il numero degli uditori è limitato. Alla fine del corso si rilascerà un certificato. Rivolgersi al Dr. Gunsett, Directeur du Centre anticancereux, Hôpital civil, Strasbourg, Francia.

La prolusione del Prof. Vernoni.

Il 30 gennaio, alla presenza del preside della Facoltà, di molti colleghi e di molti medici, in un'aula gremita di studenti, il prof. Guido Vernoni, che è succeduto ad Amico Bignami sulla cattedra di patologia generale, ha tenuto la sua prolusione.

Il nome del Vernoni è già noto nell'ambiente universitario romano per aver egli frequentato gli Istituti di Ettore Marchiafava e di Giovanni Mingazzini. Allievo delle scuole di patologia generale di Bologna e di Firenze, dirette dai proff. Tizzoni e Lustig, il Vernoni, ha già insegnato nelle Università sarde e nell'Università di Catania, ove ha lasciato un ottimo ricordo.

Il Vernoni, prima di cominciare la prolusione, ha rivolto il proprio saluto ai colleghi ed agli studenti ed ha rievocato la figura del suo illustre predecessore Amico Bignami, non dissimulandosi tutta la responsabilità che incombe ad una tale successione.

Passò poi a trattare il tema prescelto: *L'immunità nel quadro della fisiologia generale*, dimostrando che la reazione immunitaria, ed in particolare l'immunità antimicrobica, non costituisce un fenomeno completamente separato da tutti gli altri fenomeni che assicurano la difesa dell'individuo, ma può invece essere studiato nel grande quadro delle difese fisiologiche generali.

L'Oratore prosegue prendendo a considerare i vari modi di reazione dell'organismo alle singole malattie infettive, e sostiene che le malattie infettive capaci di lasciare una durevole immunità sono quelle determinate da microbi esogeni, che interessano largamente i sistemi di barriera, come la cute, le mucose, la parete del sistema vascolare, ecc.

Invece di norma l'immunità durevole non si ha nè per quelle malattie che determinano infiammazioni a focolaio (granulomi in genere, tubercolo, ascessi, ecc.), nè per quelle malattie i cui agenti sono dei microbi a tipo endogeno, i quali, dopo il periodo di stato, sono al caso di vegetare ancora sulle mucose o in qualche distretto dell'organismo.

L'O. termina considerando in particolare alcune malattie come la sifilide e traendo interessanti conclusioni sul fenomeno della difesa individuale, che sembra essere meno organizzato e meno evoluto in confronto della difesa della specie.

Il discorso di Vernoni — non letto, ma pronunziato con equilibrio di espressione e con efficacia di eloquio — è stato ascoltato con la massima attenzione e interrotto e salutato da caldi applausi, i quali hanno testimoniato il vivo interesse destato e tutta la simpatia con la quale il nuovo professore è stato accolto dai colleghi e dagli studenti.

La prolusione è stata, infatti, tenuta con rara elevatezza di concetti, che dimostrano l'originalità e la personalità del nuovo professore, del quale sono altresì emerse le spiccate attitudini didattiche.

Per l'Ospedale psichiatrico di Trapani.

Il Consiglio d'Amministrazione della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, accogliendo la proposta del Comitato esecutivo, ha approvato la concessione di un mutuo richiesto dall'Amministrazione provinciale di Trapani, dell'importo di 5 milioni, per la costruzione del Manicomio.

A tale scopo fin dal 1906 la provincia ha acquistato una vasta tenuta dell'estensione di ettari 25 alle falde del monte San Giuliano in contrada Raganzili, in posizione incantevole.

Appena esperite le formalità amministrative di legge, si darà inizio ai lavori, essendo già pronto e debitamente aggiornato ed approvato il progetto relativo.

Istituto post-universitario Valdecilla.

È stato inaugurato a Santander, cittadina sul golfo di Biscaglia, un Istituto post-universitario annesso alla casa di salute Valdecilla.

Si tratta d'installazioni senza rivali in tutta Europa, dovute alla munificenza del marchese Ramón Pelayo de Valdecilla e della sua Signora.

La direzione generale è affidata al dott. Wenceslao López Albo, che dirige anche la Sezione di Neurologia e Psichiatria. Altre Sezioni sono: Anatomia patologica (dott. S. Lucas), Malattie infettive (dott. de Celada), Malattie digerenti (dott. Barón), Endocrinologia, nutrizione e sangue (dott. Lamelas), Ossa e articolazioni (dott. Aguilar), Ostetricia e ginecologia (dott. Usandizaga), Urologia (dott. Picatoste), Dermosifilografia (dott. Martin), Oftalmologia (dott. Caneja), Oto-rino-laringologia (dott. de Nó), Bocca, denti e mascellari (dott. Bustamante), Puericoltura (dott. Arce), Fisioterapia (dott. Téllez Plasemia), Chimica clinica (dott. Puyal), ecc.; la Scuola per infermiere è diretta dal dott. Usandizaga; ne è vice-direttrice la dott.a Maria Teresa Junquera.

Sottoscrizione benefica.

Un anonimo inglese che si nasconde sotto lo pseudonimo di « Audax », in segno di giubilo per la guarigione del Re Giorgio V, il 29 aprile dell'anno scorso apriva una sottoscrizione, con un dono di 105.000 sterline, pari a 10 milioni di lire it.

La sottoscrizione si è chiusa il 9 dicembre scorso; ha fruttato 689.597 sterline, ossia circa 60 milioni di lire it.; saranno ripartite tra un certo numero di ospedali e d'istituzioni benefiche.

Riordinamento dell'Opera per gli invalidi di guerra.

Con R. Decreto, su proposta del Capo del Governo ed in base alle nuove norme dettate dal R. Decreto 18 novembre 1929, n. 2056, si è provveduto alla ricostituzione dell'Amministrazione centrale della Opera Nazionale per la protezione e l'assistenza degli invalidi della guerra.

A Presidente ed a Vice-Presidente del Consiglio d'Amministrazione dell'Ente, per il triennio 1930-1932, sono stati, rispettivamente, nominati l'on. prof. Alessandro Lustig, senatore del Regno, ed il dott. Aurelio Nicolodi, cieco di guerra, che già da parecchi anni coprono tali cariche.

Sono stati, inoltre, chiamati a far parte del

Consiglio, quali membri di diretta scelta governativa, il dott. Alessandro Messea, prefetto del Regno a riposo, e vari delegati di Enti vari.

L'impiego dei maggiori generali medici.

Con apposito recente decreto dal 1° gennaio 1930, VIII, i maggiori generali medici di cui all'art. 44 della legge 11 marzo 1926, vengono così impiegati: *a*) 1° quale direttore della Scuola d'applicazione di sanità militare con sede a Firenze; *b*) 2° a disposizione per studi relativi al funzionamento del servizio sanitario militare e ai vari rami della scienza medica e per l'ispezione agli stabilimenti sanitari militari.

Essi avranno sede in Roma presso la Direzione Generale di Sanità militare. Gli attuali ispettori di sanità di zona hanno cessato di funzionare col 31 dicembre 1929, VIII.

Commemorazioni all'Accademia Medica di Roma.

Nell'aula della R. Accademia Medica di Roma ha avuto luogo, il 25 gennaio, la commemorazione del prof. Amico Bignami, in presenza della famiglia dell'illustre Estinto e di un eletto e numeroso pubblico medico.

Il presidente, prof. Vittorio Ascoli, ha rievocato il gravissimo lutto che ha colpito l'Accademia con la perdita del prof. Bignami, ed ha porto alla di Lui famiglia i sensi del più profondo cordoglio anche per parte di tutti i soci dell'Accademia.

Si è inchinato riverente, in nome di tutti, all'immenso dolore del grande Maestro di Lui, senatore Marchiafava, che onorava la seduta.

Poi il prof. Bastianelli ha letto una elevata commemorazione, lumeggiando mirabilmente l'insigne figura dello scienziato e del maestro, che per tanti anni onorò l'Ateneo Romano, e si intrattenne sopratutto sopra i classici studi che il Bignami compì sulla malaria, legando indissolubilmente il proprio nome alla storia di questa malattia. La rievocazione del Bignami, così tratteggiata dal Bastianelli, che fu suo collaboratore, è riuscita oltremodo vivace, suscitando la commozione di tutti coloro che ebbero a collega ed a maestro lo scienziato scomparso.

Dopo la commemorazione del prof. Bignami, il Presidente ha sospeso per 5 minuti la seduta, e, prima di iniziare lo svolgimento dell'ordine del giorno, ha dato comunicazione con commosse parole della morte del dott. Alfonso Torti che ha organizzato tutti i servizi medici del Policlinico e, per 25 anni, lo ha diretto mettendolo al primo posto fra gli Ospedali d'Italia e dell'estero. Il prof. Ascoli ha ricordato la prima carriera del Torti in Clinica Medica e ha messo in luce la bontà dell'animo, il carattere mite e conciliante del collega che l'hanno reso amato presso tutti i medici di Roma. La commemorazione ufficiale sarà fatta dal prof. Tito Gualdi.

Commemorazione di Giovanni Mingazzini.

Una commemorazione del grande neurologo fu tenuta il 6 dicembre, a San Paolo del Brasile, nei locali dell'« Ars Medica », dal prof. Ernesto Tramonti, allievo devoto dell'illustre estinto.

L'orazione, efficace, smagliante e piena di sentimento, venne ascoltata con vivo interesse, sottolineata da frequenti approvazioni e salutata, infine, da un commosso applauso.

In memoria di Finsen.

La « Strahlentherapie » consacra per intero il 1° fascicolo del vol. 34 alla memoria di Nils Finsen, in occasione del 25° anniversario della morte di questo grande medico e studioso.

Il volume reca una bella tavola; s'inizia con una prefazione del prof. Peemoller; contiene una serie di articoli di eminenti fisioterapisti: Rollier, Huldschisky, L. Hill, P. Keller, Bernhard, ecc.

Per il prof. Oliva.

A Borgo San Dalmazzo si è inaugurato un monumento al prof. Valentino Oliva, l'illustre chirurgo dell'Istituto dei Rachitici e degli Ospedali di San Giovanni, Cottolengo e altri di Torino. Egli coprì anche le cariche di presidente dell'Accademia di Medicina e dell'Ordine dei Medici di Torino.

Alla cerimonia intervennero le autorità civili, sodalizi, rappresentanze dei comuni viciniori, ecc.

Per la trasfusione di sangue.

La Facoltà medica di Bordeaux ha proposto di istituire un preciso e metodico servizio negli ospedali pei datori di sangue.

Una discussione sorta in seno alla Società Medico-Chirurgica di quella città ha messo in chiara evidenza la necessità di aver sempre pronto uno o più datori di sangue, per far fronte alle continue svariate esigenze della pratica professionale.

Per poterli aver prontamente a disposizione, un elenco delle persone prescelte dovrebbe esser mantenuto negli uffici di direzione degli ospedali, stabilendo dei veri turni giornalieri e settimanali tra gli iscritti.

I datori di sangue dovrebbero essere esaminati ogni tre mesi da un personale tecnico competente ed accuratamente scelto e designato.

L'esperienza ha dimostrato che cedere 500 grammi del proprio sangue non è, e non può essere cosa dannosa; ma questa sottrazione non deve essere ripetuta più di una volta al mese.

Dopo il salasso, il datore di sangue dovrebbe aver diritto a cinque giorni di assoluto riposo.

La cessione del proprio sangue dovrebbe essere equamente rimunerata.

I medici contro il disservizio telefonico in Francia.

In un'adunanza tenuta il 27 novembre, alcuni medici di Parigi approvarono un ordine del giorno di protesta contro il deficiente servizio telefonico, il quale « è di pregiudizio ai feriti, ai malati, agli stessi medici » ed è dichiarato « indegno di un grande paese moderno ». La protesta reca le firme di 32 medici presenti. Si vanno raccogliendo altre firme, dopo di che essa verrà inoltrata al Ministro delle poste, telefoni e trasporti.

A 79 anni è morto in Berlino il dott. LOUIS LEWIN, professore di farmacologia e di tossicologia in quella Università. Lascia parecchi trattati, alcuni dei quali hanno avuto più edizioni; nonchè una copiosa produzione di memorie (la lista completa dei lavori raggiunge il numero di 248). Si è occupato in specie dei narcotici, dei veleni delle frecce, dei veleni del sangue, dell'ossido di carbonio; durante questi ultimi anni si era dedicato allo studio delle intossicazioni industriali. Ha precisato le cognizioni sull'immunizzazione contro i veleni. M.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 17 Febbraio 1930 Num. 7

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. Istituto di Clinica Chirurgica dell'Università di Roma

diretto dal prof. R. ALESSANDRI.

Un caso di tubercolosi in un rene solitario vero con anomalie vasali.

Dott. NINO SPINELLI della R. Scuola di Chir.

È oramai ben nota, per quanto a patogenesi non ben definita, la tendenza che hanno alcune malattie — non ultima tra tutta la tubercolosi — a localizzarsi in organi a deficiente sviluppo o comunque malformati.

Tra tutti gli organi soggetti a malformazioni, spetta certamente al rene un posto privilegiato.

Numerose sono infatti le osservazioni di reni con anomalie le quali possono essere:

1) di numero: un solo rene (solitario), 3 reni;

2) di grandezza: ingrandito, impiccolito;

3) di forma: a ferro di cavallo, a focaccia;

4) di posizione e orientamento: distopia omolaterale o crociata, ectopia addominale, addomino-pelvica, pelvica.

Non mi occuperò, nell'esposizione di questo caso, dell'esame particolareggiato di tali anomalie, ma considererò solo quelle che con esso hanno attinenza.

A questa classe appartengono i reni unici in tutte le loro varietà:

a) rene unico con una sola pelvi ed un solo uretere (rene solitario vero);

b) rene unico con due pelvi ed uretere bifido o doppio;

c) rene unico con anomalie vasali;

d) rene unico a ferro di cavallo, a focaccia, ecc.

Il rene del nostro caso era un rene solitario vero con anomalie vasali e si avvicinava molto a quelli che son detti a focaccia appunto per la loro speciale forma: esso infatti si presentava schiacciato sull'asse antero-posteriore ed ingrandito tanto nel diametro trasversale che nel verticale fino a raggiungere un volume doppio del normale.

Il rene solitario vero è una anomalia molto rara. Il rene si presenta in genere ingrandito, allungato o in totalità o parzialmente, come per una vera ipertrofia di compenso.

Lo sbocco ureterale in vescica del rene solitario vero è di solito in sede anomala.

La malattia che più facilmente colpisce il rene solitario è la nefrite che — secondo Winter — si riscontra nel 32 % dei casi.

In ordine decrescente di frequenza vengono dopo:

la calcolosi renale;
la pionefrosi;
l'idronefrosi;
la tubercolosi;
ed in ultimo i tumori renali (Adrian e Lichtenberg).

Molto spesso noi troviamo che l'anomalia renale si accompagna ad anomelie di altri apparati.

Il rapporto tra le alterazioni congenite della colonna vertebrale e le sindromi a carico dell'apparato urinario non si può sempre intendere come un rapporto fra causa ed effetto, non essendovi molte volte alcun parallelismo tra gravità della malformazione scheletrica e gravità della sindrome urinaria, ma bisogna considerare la prima come sintomo rivelatore di altre alterazioni di sviluppo che possono costituire la causa vera di tutti i disturbi urinari.

Le cause delle malformazioni scheletriche non sono note in tutti i dettagli. Si credeva una volta che le deformità vertebrali congenite erano dovute ad un abnorme abbozzo germinativo o difetto di prima formazione. Attualmente si crede con Putti che queste anomalie possono raggrupparsi in due gruppi: *a*) anomalie metameriche dovute semplicemente ad una causa di variabilità filogenetica; *b*) anomalie da alterazioni patologiche stabilitesi nel primo periodo embrionale.

Comunque le anomalie scheletriche unite ad anomalia dell'apparato renale, o ad altre malformazioni di organi vicini o lontani, si possono considerare come l'espressione di una causa unica di perturbazione generale dell'armonico sviluppo dell'organismo che si può manifestare su parecchi sistemi.

Uno studio di Ottonello fatto su molti radiogrammi di calcolosi delle vie urinarie trovò che in dieci casi, oltre alla presenza di calcoli, esistevano delle malformazioni scheletriche (rachischisi, lombalizzazione della prima sacrale, malformazione dei contorni del sacro, anomalia della prima lombare, anomalia della cresta sacrale).

Fra questi radiogrammi, fatti tutti per disturbi delle vie urinarie ha trovato anomalie scheletriche in percentuale del 36 %.

Queste anomalie della colonna vertebrale spesso non dànno alcun disturbo; esse rimarrebbero perciò ignorate se non intervenisse un nuovo fattore (alterazione della funzione urinaria, bruciore della minzione, ecc.) a farle mettere in luce con un'indagine radiografica.

Per spiegarci il fatto che spesso troviamo concomitanti anomalie renali ed anomalie della colonna vertebrale dobbiamo riportarci allo sviluppo dell'embrione nello stadio dei tre foglietti. È dimostrato dall'embriologia che dallo stesso foglietto germinativo prendono origine lo scheletro della colonna lombo-sacrale, l'apparato muscolare di questo tratto, l'apparato urinario embrionale e definitivo ed inoltre che le successive trasformazioni di queste parti procedono armonicamente di pari passo.

È verosimile quindi pensare che una causa qualunque, provocando una perturbazione in un sistema, possa influire sullo sviluppo dell'altro sistema. Dalle statistiche risulta che il più colpito di tutti è l'apparato scheletrico.

Ecco il nostro caso:

P. Luigi, di anni 40. Letto N. 41.

Padre morto a 49 anni di malattia che il paziente non sa precisare. Madre vivente e sana.

Nato da parto fisiologico. Normali i primi atti fisiologici. A 18 anni, epididimite tubercolare seguita da emicastrazione. A 31 anno fu operato di ernia inguinale obliqua esterna. Sposò a 32 anni. La moglie morì di infezione puerperale. Passò a seconde nozze ed ebbe tre figli che godono ottima salute.

Da circa due mesi ha continui stimoli della minzione con emissioni scarse di urine. Le minzioni sono dolorose. Il dolore si irradia lungo l'uretra fino alla punta del glande dove è più intenso. Tali disturbi si sono accompagnati per brevissimo tempo a leggera dolenzia delle regioni renali.

Un mese fa ebbe notevole ematuria che il paziente non sa dire se terminale o totale, non più ripetutasi.

Tutti questi disturbi si accentuavano in periodi di strapazzo e si calmavano col riposo.

Entra in questa Clinica, il 28-III-1929.

E. O. Condizioni generali discrete. Sviluppo scheletrico muscolare buono. Cute e mucose visibili di colore rosa pallido. Lingua umida. Polso pieno, frequente, 80.

Torace simmetrico. Nulla a carico dei polmoni e del cuore. Fegato e milza nei limiti.

Apparato linfoglandolare: micropoliadenia generale. Stato chirurgico: regioni lombari asimmetriche per una lieve scoliosi sinistro-convessa.

Dolorabilità dei punti costo-vertebrale e costo-muscolare di destra. Dolente il punto ureterale superiore e medio dello stesso lato. Il rene destro si palpa appena nel suo polo inferiore che è leggermente dolente. La palpazione della regione lombare sinistra non fa notare alcun che di

anormale. Non si riesce a palpare il rene di sinistra. Nulla nel resto dell'addome.

Organi genitali esterni: nulla a carico del pene. Uretra normale nel calibro. Mancanza del testicolo sinistro. Testicolo destro normale.

Esplorazione rettale: prostata piccola, dura; non si palpano le vescichette. Presenza di una fistola perianale posteriore.

Esame dell'urina: quantità nelle 24 ore 1080 cc. Reazione acida; densità 1016. Urea 12 %. Albumina presente in traccie; zucchero assente; pigmenti biliari assenti.

Esame microscopico del sedimento centrifugato: molti globuli di pus, abbondanti cellule della pelvi e degli ureteri, rarissime emazie.

Esame batteriologico del sedimento dell'urina presa con cateterismo: prevalenti forme diplococciche; bacillo di Koch positivo, abbondante.

Prova della funzione renale con la fenolftaleina (1 cc. endovenoso). Raccolta vescicale:

1° quarto d'ora	25 %
2° » »	20 %
2ª mezz'ora	15 %
3ª »	7 %

Radiografia: Reni, ureteri, vescica: negative per calcoli (fig. 1).



FIG. 1.

Esiste una posizione viziata del sacro che è ruotato dall'indietro al davanti tanto che in questo radiogramma, preso in posizione ventro-dorsale, presenta la sua faccia superiore. Si nota inoltre una sesta vertebra lombare sacralizzata che ha subìto anche essa una rotazione da dietro in avanti. Presenza di una schisi dell'arco neurale di tutto il sacro, che si vede preso d'infilata.

Cistoscopia del 23-III-1929. Capacità vescicale 120. cc. Ulcerazioni multiple a fondo biancastro, a margini scollati, circondate da numerosi tubercoli, localizzate in prevalenza sulla metà destra della vescica e qualcuna anche su tutto il resto. Edema bolloso a grosse bolle, tubercoli e piccole ulcerazioni sul trigono. Non si riesce a vedere gli sbocchi ureterali le cui sedi normali sono nascoste dalle bolle dell'edema e dalle ulcerazioni. La volta vescicale presenta aree normali, accanto ad aree di iperemia diffusa.

L'indaco-carminio non si elimina da nessun lato fino a dopo 12 minuti. (Dopo 18 minuti il paziente emette spontaneamente urine colorate).

Si ripete la cistoscopia il 1-IV-1929. Capacità vescicale 80 cc. Segni di cistite intensa generalizzata, con ulcerazioni multiple e tubercoli sul trigono e sul basso fondo. Non si riconoscono gli sbocchi ureterali.

L'indaco-carminio endovenoso viene eliminato dopo 12 minuti da un meato ureterale edematoso, in parte ulcerato e situato quasi sulla linea mediana così che non è possibile riconoscerne il lato. Il getto è tripartito.

Azotemia 0,41 %.

R. Wassermann, negativa.

Con l'iniezione di mezzo milligrammo di tubercolina si accentua il dolore nel rene destro.

Si fa diagnosi di tubercolosi renale destra.

Il dato fornito dalla cistoscopia della medianità dell'unico sbocco ureterale in vescica aveva messo fortemente in sospetto e aveva fatto pensare all'eventualità di una anomalia renale o ureterale per cui — deciso l'intervento operativo — e data la forzata mancanza di un reperto pielografico — ne venne la necessità di esplorare la regione renale sinistra.

L'operazione fu eseguita, in anestesia rachidea, dal Prof. Alessandri il 23-IV-1929.

Lombotomia esplorativa sinistra: dopo attentissime ripetute esplorazioni si constata l'assenza del rene di sinistra. Sutura della ferita a strati lasciando un drenaggio di garza nella loggia renale.

Lombotomia destra: si estrinseca un rene grosso quasi quanto il doppio del normale ingrandito su tutti i diametri meno che sull'antero- posteriore, piatto, con peduncolo vascolare diviso in due gruppi, composto ciascuno di un'arteria e di una vena che andavano rispettivamente l'inferiore all'ilo e l'altro al polo superiore. Si osserva se esistono anche due pelvi e due ureteri, ma non se ne vede che uno solo. Il rene stesso appare come diviso da un accenno di solco in due porzioni, delle quali la superiore — un po' minore della metà del rene — presenta, disposti a gruppi su chiazze cianotiche, numerosi tubercoli alcuni dei quali caseificati, di colorito alcuni gialli, altri giallo-grigiastri. La porzione inferiore, più grande, non fa vedere lesioni tubercolari macroscopicamente apparenti.

Si giudica inutile la resezione della parte ammalata del rene data l'esistenza di una sola pelvi. Si ripone in situ il rene e si sutura la ferita a strati per primam (fig. 2).

Il paziente morì con i segni di una tubercolosi polmonare il 7 giugno 1929.

L'autopsia diede il seguente reperto:

Polmoni: tubercolosi ulcero-caseosa dei lobi superiori, con una grossa caverna nel lobo superiore sinistro.

Addome: peritonite fibrinosa recente, con un

ascaride libero. Ulcerazioni intestinali multiple a carico dell'ileo. Gangli mesenterici caseosi.

Presenza di un diverticolo di Meckel.

Apparato urinario: nessuna traccia di rene e

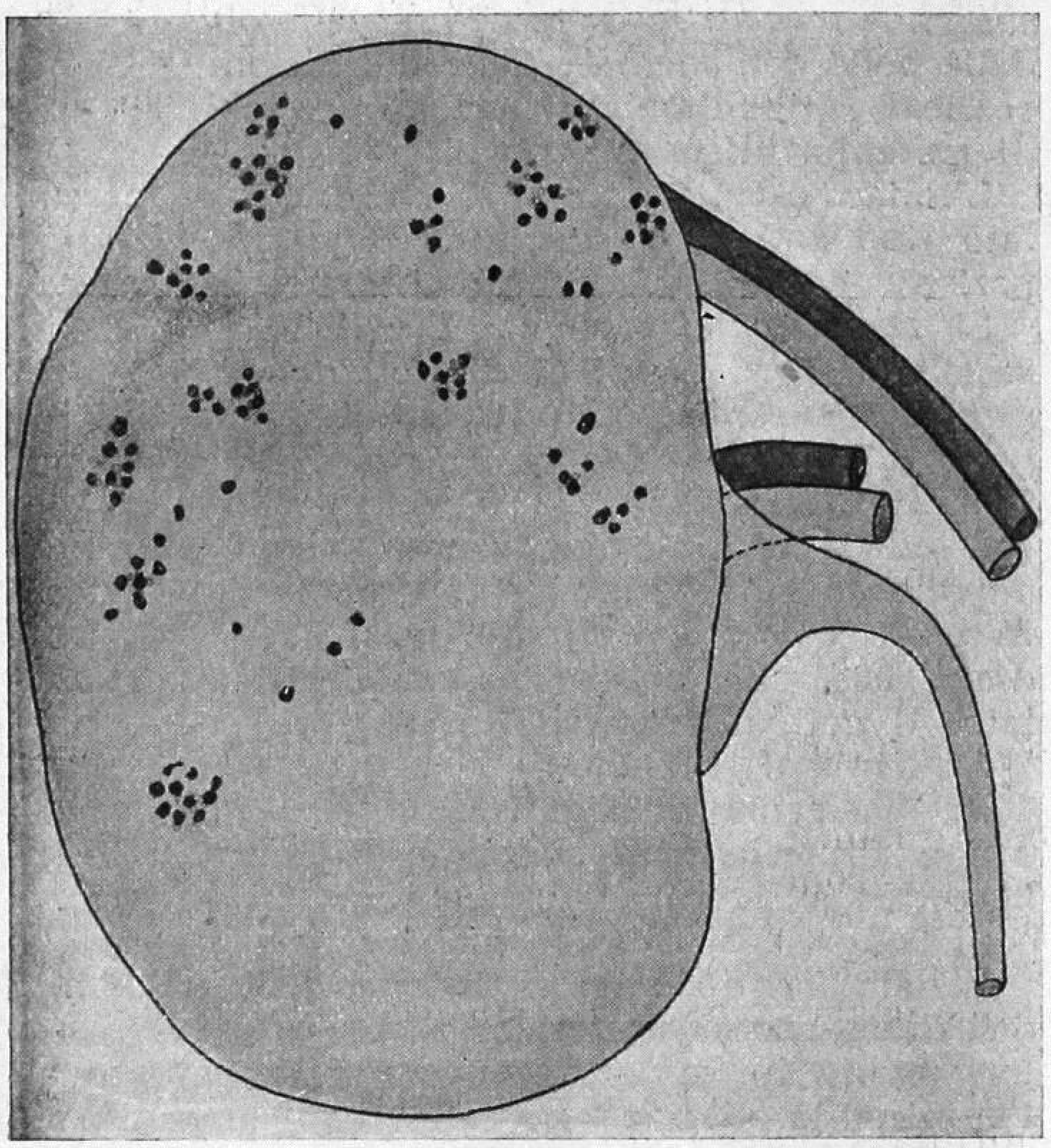


FIG. 2.

uretere a sinistra. Rene destro grosso con peduncolo vasale normale e due vasi anomali al polo superiore. Tubercolosi ulcero-caseosa specie del lobo superiore. Uretere ingrossato. Vescica trasformata in una cavità ascessuale con lo sbocco ureterale mediano. Uretrite ulcerosa, prostatite, vescicolite tubercolari.

CONCLUSIONI.

Questo caso si presta ed alcune considerazioni di carattere *clinico*.

Si può stabilire se il rene è unico?

Un grandissimo aiuto ce lo dà la cistoscopia. Ma quando essa ci ha detto che in vescica c'è un solo sbocco ureterale, ci ha data la diagnosi? No, perchè anche in questo caso varie possono essere le eventualità: si potrà infatti trattare di un solo rene, come si potrà trattare di due reni di cui uno non funzionante o ipofunzionante, o della fusione (non certo molto frequente) di due reni terminante con unico uretere in vescica.

Ci sarà ancora utilissima la pielografia, ma indispensabile e decisivo sarà lo pneumorene.

Se infatti in questo caso noi — sospettando un rene unico — avessimo praticato tale indagine avremmo diagnosticata l'assenza del rene sinistro e ci saremmo evitato il primo intervento della lombotomia esplorativa.

Era in questo caso possibile fare una resezione del polo superiore del rene? No.

Sarebbe stato certamente possibile il farlo se — oltre ad avere doppio peduncolo vascolare — il rene avesse avuto doppia pelvi e doppio uretere, dato che le lesioni si limitavano macroscopicamente al solo polo superiore.

La constatazione però dell'unica pelvi un po' ispessita e la conoscenza dei vari casi di Meriel in cui, nonostante l'ottimo aspetto macroscopico, le parti del rene — la superiore e la inferiore — erano entrambi malate, hanno influito sulla condotta operatoria conservativa.

RIASSUNTO.

Questo caso di rene solitario vero ammalato di tubercolosi è qui studiato anche in rapporto con le altre anomalie esistenti nello stesso paziente:

anomalie vasali a carico del rene: due arterie e due vene renali;

anomalie scheletriche: sacralizzazione dell'ultima vertebra lombare; schisi dell'arco neurale di tutto il sacro;

diverticolo di Meckel.

BIBLIOGRAFIA.

BIANCHINI. *Anomalie congenite del rene, ecc.* Arch. It. d'Urologia, vol. II, 1925.

BUERGER LEO. *Infection of a fused kidney, ecc.* Surgery Gynecol. a. obstetr., t. XXVIII, n. 183, 1919.

FRANCO. Thèse de Paris, 1922.

LEGUEU. *Traité d'urologie.*

MERIEL. Société anatomique, Paris, 1921.

H. O. MERTZ. The urologic a. cutan. Rew., 1920.

PAPIN. *Anomalies des reins et des urétères.*

ID. Archives des maladies des reins, marzo 1923.

ID. Ibid., giugno 1926.

BERTOLOTTI. Riforma medica, 1916, n. 1-6.

ID. La radiologia medica, 1917, n. 5-6.

NUVOLI. *Sindromi di spina bifida.* Il Policlinico, 1928.

OTTONELLO. *Anomalie dello scheletro e dell'apparato urinario.* Radiologia, 1929.

PUTTI. Fort. a. d. Geb. d. Roentgstrhl., Bd. XIV-5, Bd. XV, 1910.

Ospedale Civile di Venezia - Divisione Chirurgica III

diretta dal primario prof. A. CHIASSERINI.

Tubercolosi renale ad evoluzione atipica

per il dott. ORTENSIO PEPI, aiuto.

Le manifestazioni dolorose vescicali costituiscono indubbiamente uno dei sintomi più importanti della tubercolosi renale: segnalate di ordinario in primo luogo dal malato, esse assorbono tutta la sua attenzione, e troppo spesso anche quella dell'osservatore, che ne può misconoscere e l'origine e il significato. La pollachiuria, talora l'incontinenza, la disuria di lieve o di alto grado, non mancano quasi mai nell'anamnesi di un tubercolotico renale e si presentano anche quando obbiettivamente

nessuna alterazione si è costituita nella vescica stessa. La frequenza della cistite nella tubercolosi renale è bene conosciuta attualmente ed è con ragione che a proposito Hottinger scrive: « è un fatto indiscusso che la tubercolosi del rene è caratterizzata dalla cistite, che appare come primo sintomo ».

Ciò vale per la maggior parte dei casi. Nel corso di questi ultimi anni sono state riportate nella letteratura delle osservazioni di tubercolosi renale ad evoluzione atipica, in cui dei sintomi cardinali mancavano e in cui la vera natura della malattia fu chiarita con grande difficoltà e qualche volta soltanto all'atto operativo.

Nel nostro reparto chirurgico abbiamo avuto occasione di osservare dei casi appartenenti a questa categoria, nei quali la particolarità clinica consisteva nell'assenza dei sintomi vescicali durante tutto il decorso della malattia, che qualche volta ha assunto anche il carattere pseudolitiasico. Ne riporterò brevemente le storie cliniche.

OSSERVAZIONE I. — S. M., di anni 22, casalinga. Da circa due anni accusa dolori al fianco d. e si è accorta ché le orine sono divenute torbide. Consultato un sanitario, questi prescrisse una cura di urotropina da cui l'ammalata non ritrasse alcun beneficio. Ricoverata in un reparto chirurgico, le fu praticata una decapsulazione ed una fissazione del rene destro. Dopo l'atto operativo la paziente non notò alcun miglioramento e nelle sofferenze e nello stato delle orine, che restarono torbide malgrado ripetute lavande vescicali con ossicianuro di mercurio. Assicura di non aver mai notato dolori nella minzione, mai pollachiuria od incontinenza.

Stato presente: condizioni generali alquanto deperite: l'esame degli organi toracici ed addominali non fa rilevare alcuna lesione. I reni non si palpano.

L'orina è torbida, purulenta, a reazione acida, con traccie di albumina.

Cromocistoscopia: la capacità vescicale è normale: nessuna alterazione è rilevabile a carico della mucosa vescicale: dall'orificio ureterale sinistro si nota la fuoriuscita di orina torbida.

L'indaco carminio, iniettato per via endovenosa, appare a destra al 4° minuto, a sinistra dopo 15 minuti; non si nota eliminazione di sostanza colorante.

Cateterismo degli ureteri: a destra la sonda viene fatta penetrare soltanto per qualche centimetro: a sinistra viene spinta sino alla pelvi, che viene raggiunta senza difficoltà. Nel campione di urine del rene destro non si nota che qualche raro leucocito ben conservato, qualche emazia. La ricerca del bacillo di Koch è negativa. In quello di sinistra sono contenuti numerosi leucociti polinucleati, di cui molti riuniti in glomi. La ricerca del Koch, anche dopo arricchimento con antiformina, è negativa.

Il tasso di urea a destra è di 12,60‰; a sinistra è di 4,10 ‰.

L'azotemia è di 0,56 ‰.

L'esame radiografico dimostra un lieve ingrandimento dell'ombra renale sinistra: non si notano ombre attribuibili a calcoli.

Operazione (Operatore prof. Chiasserini), 5-6-28. Rachianestesia tutocaino-adrenalina. Nefrectomia sinistra. Il rene è abbastanza voluminoso, con notevole grado di perinefrite sclero-adiposa: l'uretere è spesso e duro.

Alla sezione del rene asportato, fuoriesce del pus misto a grumi caseosi: esso proviene sopratutto da una caverna della grandezza di una noce, situata nel polo superiore. Accanto a questa, a pareti irregolari, si notano altre piccole ulcerazioni; il parenchima appare in molti punti lardaceo. L'esame istologico conferma la diagnosi clinica di tubercolosi renale ulcero-caseosa.

Il decorso post-operatorio fu regolare e la malata venne dimessa perfettamente guarita.

In questo caso trattavasi di una tubercolosi unilaterale, che erasi iniziata da circa due anni e che quantunque avesse di già causato un'estesa distruzione dell'organo, non aveva determinato alcuna manifestazione vescicale; la minzione, infatti, si compiva senza dolori: in vescica non si notavano lesioni specifiche. La diagonsi di Tbc. renale non s'imponeva certamente in questo caso, inquantochè il quadro clinico non era quello che noi siamo abituati ad osservare. Ciò forse spiega l'intervento precedentemente praticato da altro chirurgo.

L'assenza di eliminazione del colore, e sopratutto la scarsa concentrazione ureica nelle orine del rene destro, attirarono tutta la nostra attenzione e ci permisero di sospettare la tubercolosi, in assenza di segni rivelatori vescicali. L'esplorazione funzionale ha avuto in questo caso un'importanza non soltanto di localizzazione, ma anche diagnostica, giacchè è sopratutto nella tubercolosi, che è dato di osservare queste grandi differenze nel valore funzionale dei due reni, e questa notevole sproporzione nella concentrazione ureica delle orine.

Nessuna forma di pielonefrite, ad eccezione della tubercolare, e ciò affermano anche Marion e Legueu, può spiegare questa differenza, a cui per conseguenza è da assegnare il valore di un segno diagnostico.

OSSERVAZIONE II. — Z. A., di anni 20, casalinga. Ha tuttora un fratello vivente, e che ha sofferto una coxite tubercolare.

La paziente soffrì di pleurite secca. Da circa un anno viene colta da dolori intermittenti alla fossa iliaca destra, che s'irradiano in basso e lungo l'arto inferiore e si accompagnano a modica elevazione della temperatura. Tali dolori vengono riferiti ad una lesione appendicolare, per la quale da un sanitario viene richiesto un intervento chirurgico. Durante la degenza si nota che le orine sono torbide, purulenti, ciò che richiama la nostra attenzione sull'apparato orinario, malgrado che la malata subbiettivamente non accusi alcun disturbo nella minzione, che si compie in maniera del tutto normale.

Stato presente: all'esame del torace si nota uno smorzamento del suono di percussione alla base di destra, ove il respiro è anche indebolito ed è accompagnato da qualche sfregamento pleurico. I reni non si palpano: la pressione sui punti ureterali di destra provoca dolore. Le orine sono

torbide, a reazione acida, con traccia di albumina, senza cilindri.

Cromocistoscopia: il quadro cistoscopico non dimostra, ad eccezione di un lieve diffuso arrossamento, alcuna alterazione della mucosa vescicale: particolarmente non si notano tubercoli ed ulcerazioni.

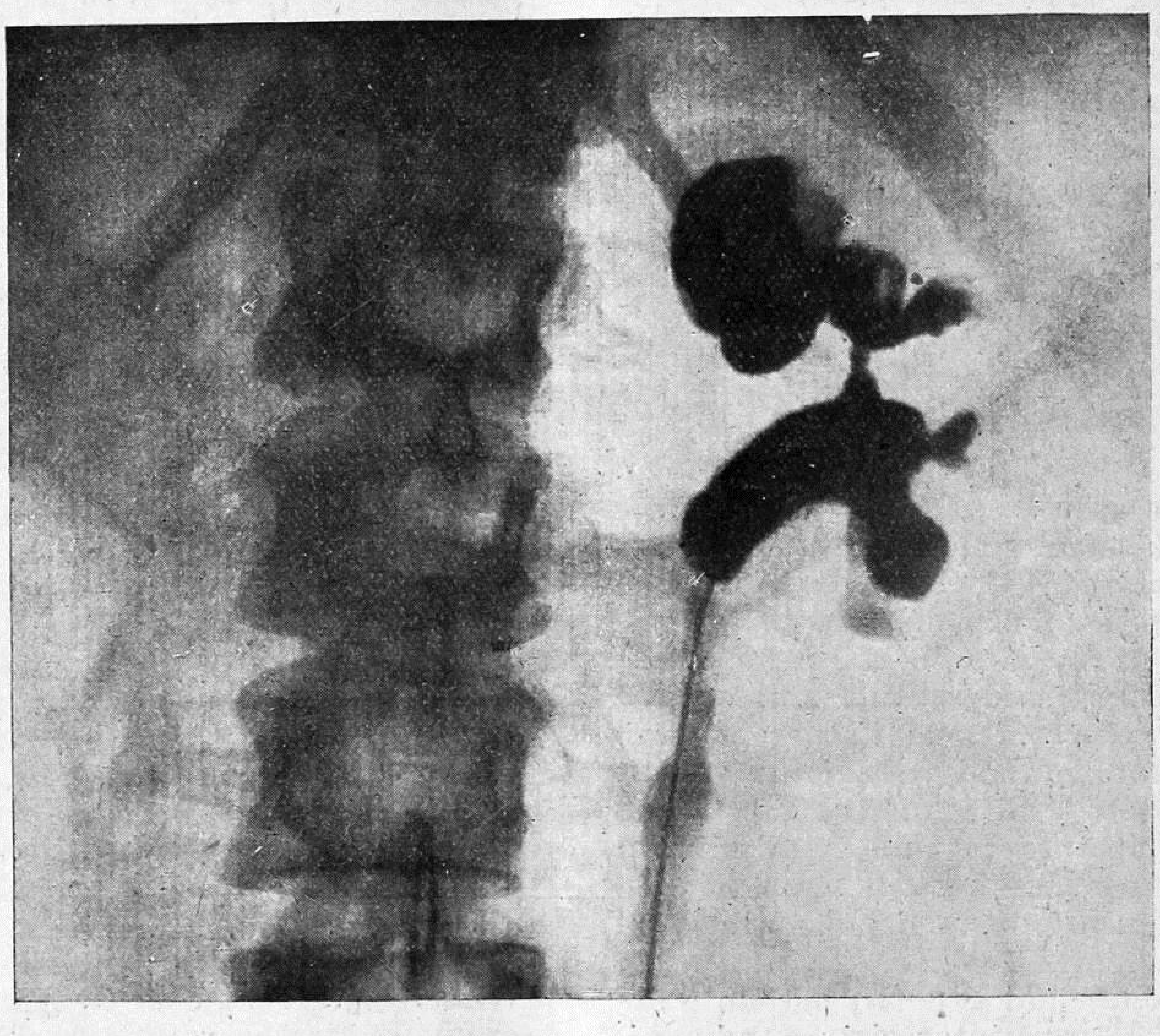
L'indaco-carminio iniettato per via endovenosa, appare a destra dopo 5 minuti e le eiaculazioni sono già intensamente colorate al 6°: a sinistra appare all'ottavo minuto: le eiaculazioni, durante la osservazione di circa 20 minuti, appaiono meno intensamente colorate.

Cateterismo degli ureteri: le orine del lato destro sono normali; quelle di sinistra contengono pus ed in esse è positiva la ricerca del bacillo di Koch.

riore, ove una caverna si vuota del suo contenuto, costituito da pus sieroso misto a grumi caseosi: altre piccole caverne sono disposte concentricamente alla prima. Fra queste, e particolarmente nella zona midollare, il tessuto renale appare lardaceo. La natura tubercolare delle lesioni viene confermata dall'esame istologico.

Il decorso post-operatorio fu regolare: residuò soltanto una piccola fistola verso l'estremo superiore della cicatrice lombare, che con poche medicazioni si chiuse definitivamente.

Anche in questo caso è rimarchevole, oltre alla sede controlaterale del dolore provocato, la constatazione di gravi alterazioni nel rene non associate a tutti quei sintomi subbiettivi ed obbiettivi che noi siamo abituati ad osservare, talora anche negli stadi iniziali della tbc. renale, a



Sinistro

Il tasso dell'urea a sinistra è di 9,40; a destra è di 17,20.

L'esame radiologico è negativo per la presenza di calcoli. La pielografia del rene sinistro dimostra una pelvi di grandezza un po' aumentata: il contorno dei calici ineguale e verso il polo superiore una zona opaca paragonabile ad una cavità ripiena di soluzione opaca. (V. Fig.)

L'azotemia è di 0,28 ‰.

Con diagnosi di tubercolosi renale sinistra si decide l'atto operativo.

(Operatore prof. Chiasserini). Rachianestesia novocaino-adrenalinica. Lombotomia obliqua sinistra. Il rene presenta qualche aderenza intorno al polo superiore: l'uretere è spesso e duro. Nefrectomia: l'uretere è sezionato col termocauterio ed asportato per la lunghezza di circa 10 cm.

Esame del pezzo: Il rene appare abbastanza ingrossato, a superficie ineguale, di consistenza varia, più molle verso il polo superiore. Sulla superficie del rene non si notano tubercoli. Alla sezione l'organo appare normale in tutta la sua metà inferiore e media, ove le papille sono nette: il disegno della piramide è ben visibile. Le lesioni sono sopratutto chiare in tutta la metà supe-

carico della vescica, come una lieve beanza degli sbocchi ureterali, la presenza di tubercoli, ulcerazioni o placche ecchimotiche.

La pielografia ha in questo caso apportato un discreto contributo diagnostico, mettendo in evidenza le gravi alterazioni distruttive a carico del parenchima renale. Noi non siamo partigiani di tale metodo d'indagine in tutti i casi di tubercolosi renali, ma riteniamo che nelle forme clinicamente atipiche esso possa rappresentare un elemento diagnostico considerevole.

OSSERVAZIONE III. — C. R., di anni 19, casalinga. Ricoverata nel reparto ortopedico per morbo di Pott, è operata secondo Albee. Durante il decorso post-operativo, allorchè la ferita era completamente cicatrizzata, viene osservato un lieve intorbidamento delle orine. L'ammalata è trasferita in reparto chirurgico per un esame urologico; benchè non accusi alcun disturbo nella minzione, che si compie in maniera assolutamente normale.

Stato presente: Le orine sono di color di paglia, un po' torbide, a reazione acida con lievissimo contenuto di albumina. Gli organi addomi-

nali e toracici non presentano alterazioni. I reni non si palpano: la pressione sui punti ureterali non riesce dolorosa.

Cromocistoscopia: La capacità vescicale è normale: la mucosa vescicale è in tutta la sua estensione esente da qualunque alterazione. La eliminazione dell'indaco carminio, iniettato per via endomuscolare, s'inizia a sinistra all'ottavo minuto, diventando rapidamente intensa: a destra al quindicesimo minuto: da questo lato le eiaculazioni sono piuttosto fiacche.

Cateterismo degli ureteri: Facile da ambedue i lati. Nel campione di orine del rene sinistro non è riscontrabile che qualche raro globulo rosso: quelle del rene destro sono acide, un po' torbide, con scarso contenuto di albumina senza cilindri, con piccole quantità di pus, scarsi epiteli renali. La ricerca del Koch è positiva a destra.

Il tasso dell'urea a sinistra è di 18,50; a destra è di 10,25.

L'esame radiografico non dimostra ombre attribuibili a calcoli. L'azotemia è di 0,38 ‰.

Operazione (Operatore dott. Pepi): Narcosi eterea. Lombotomia obliqua D. Il rene è scarsamente aderente: l'uretere è sottile ed a pareti non ispessite: nefrectomia con sezione dell'uretere con termocauterio.

Esame del pezzo: Rene di medio volume: il suo aspetto esterno è perfettamente normale: alla sezione si nota come le alterazioni si limitino ad una unica papilla, che presenta, a livello del suo apice, un tubercolo un po' meno grande di un pisello, di cui il centro è lievemente ulcerato: il restante parenchima ed il bacinetto sono intatti. L'esame istologico conferma la diagnosi di tubercolosi renale.

In questo caso le lesioni erano al loro inizio e soltanto casualmente, in considerazione dei precedenti anamnestici, l'ammalata venne sottoposta ad un esame speciale.

Nella letteratura sono stati descritti, ed ormai sono ben conosciuti, molti casi di tubercolosi renale senza alcuna sintomatologia vescicale. Essi si riferiscono generalmente, però, a quella forma di tbc. renale detta « chiusa » od « esclusa » in cui il rene ha subìto dei processi vari, da cui risulta la sua distruzione anatomica e la sua soppressione funzionale. Il rene cessa di versare i suoi prodotti normali e patologici nelle vie orinarie inferiori, sia che la comunicazione fra questo organo e la vescica sia stata interrotta per l'obliterazione dell'uretere, sia che lo stesso rene abbia cessato di funzionare. Le due varietà di processo d'altronde coesistono frequentemente.

Dallo studio delle osservazioni di tubercolosi renale chiuse risulta come esse possano dividersi in due categorie dal punto di vista clinico: in una la tubercolosi renale non si è accompagnata da lesioni delle vie orinarie inferiori; nell'altra la vescica è stata invasa; ma, in seguito alla esclusione del rene, le lesioni vescicali sono scomparse o si sono attenuate. L'esclusione spontanea del rene tubercolare è da considerarsi come un processo di guarigione analogo, se non così perfetto, a quello ottenuto con l'intervento chirurgico: esso apporta, come questo, la scomparsa funzionale dell'organo ed è seguìto dalle stesse modificazioni delle orine e nelle lesioni delle vie orinarie inferiori; in altri termini è una nefrectomia spontanea (autonefrectomia). In questa modalità di evoluzione della tubercolosi renale, malgrado il grave processo distruttivo renale, i malati possono essere immuni da qualunque sofferenza vescicale: spesso, però, una accurata ricerca anamnestica svelerà l'esistenza in un tempo più o meno lontano dei segni di una cistite pregressa e più direttamente ciò risulterà evidente con la constatazione di qualche alterazione persistente in corrispondenza del meato uretero-vescicale del lato escluso.

I casi, invece, in cui la sintomatologia vescicale manca durante tutto lo svolgersi di una tubercolosi renale, sino alla forma cavernosa pionefrotica, in cui delle orine purulenti annaffiano per un lungo periodo di tempo la mucosa vescicale senza provocare reazioni e senza determinare disturbi della minzione, sono rari.

Il Blatt, che sfruttando un vasto materiale di tubercolosi renale ha potuto riunirne sette casi, ammette che la loro origine possa essere riferita ad una varietà particolare dello stesso bacillo tubercolare, fondando tale ipotesi sulle ricerche di Löwenstein, dalle quali risulta che il bacillo di Koch presenta nelle culture qualche stipite differente con proprietà speciali. Pur ammettendo una tale interpretazione, non è certo agevole comprendere come questa varietà di bacillo non provochi nessuna lesione sulla mucosa vescicale, pur determinando contemporaneamente una distruzione estesa e così tipica del parenchima renale.

Epstein, che ne ha descritti tre casi, pensa che in questa varietà di tubercolosi renale debbano entrare in gioco le proprietà difensive della stessa mucosa vescicale, che in genere appare molto resistente contro tutte le infezioni ed in particolar modo verso la tubercolosi e pensa che questa difesa sia l'espressione di una immunità dei tessuti locali e, cioè, della mucosa vescicale.

Noi pensiamo che non è anche da escludersi che le diversità di costituzione e di reazione degli individui dinanzi alla stessa azione morbosa possa influire sull'apparizione di una particolare evoluzione nella tubercolosi renale.

In un quarto caso da noi osservato, infine, la tubercolosi renale si è manifestata in maniera veramente atipica, giacchè, oltre all'as-

senza di qualsiasi manifestazione vescicale, essa ha assunto la forma « pseudo-litiasica ».

OSSERVAZIONE IV. — F. T., di anni 24, impiegata. Una sorella morì di tbc. polmonare: a 19 anni la paziente ha sofferto di artrosinovite al ginocchio di natura sospetta. Da circa otto mesi accusa dolori al fianco destro, che si diffondono verso la parte bassa dell'addome. Tali crisi dolorose durano qualche ora, si accompagnano spesso a vomito ed a modica elevazione della temperatura. Le orine sono costantemente torbide: in coincidenza con una delle crisi esse sono state ematiche. Non ha mai emesso con le orine dei calcoli. L'ultima colica rimonta a quindici giorni prima dell'accoglimento in reparto.

La minzione non è dolorosa: non accusa pollachiuria o incontinenza.

Stato presente: Condizioni generali un po' deperite. All'esame del torace notasi qualche sfregamento pleurico alla regione sopraspinosa di destra. Il rene destro appare grosso e dolente: la pressione sui punti ureterali di destra provoca modica dolorabilità. Le orine sono torbide, a reazione acida, contenenti albumina e pus.

Cromocistoscopia: La capacità vescicale è di circa 200 cmc. La mucosa vescicale è normale in tutta la sua estensione: l'orificio ureterale S. non mostra alcuna particolare alterazione: quello di D. è beante, si contrae fiaccamente, ed è circondato da una zona di edema caratteristicamente bolloso.

L'indaco carminio, iniettato per via endovenosa, appare al lato sinistro al 4° minuto, diventando intensa la eliminazione al 6°: a destra dopo 20 minuti di osservazione, non si nota eliminazione di colore, ma si nota soltanto la fuoriuscita di pus a forma di vermiciattolo.

Cateterismo degli ureteri: Nei campioni di orine raccolte il tasso dell'urea a D. è di 2,15 ‰, a S. è di 20,45 ‰.

Il sedimento del lato D. è costituito esclusivamente da pus: la ricerca del Koch, anche dopo arricchimento con antiformina, riesce ripetutamente negativa.

La cutireazione alla tubercolina è positiva. L'azotemia è di 0,53 ‰.

La radiografia non dimostra calcoli: la pielografia lascia riconoscere uno sfrangiamento ed una irregolarità nel contorno dei calici, con una modica dilatazione della pelvi.

La esistenza di precedenti anamnestici sospetti, la caduta considerevole della concentrazione ureica del lato affetto, ci fanno sospettare la tubercolosi, benchè la malata presenti chiari sintomi clinici di calcolosi.

Operazione (Prof. Chiasserini): Rachianestesia novocaino-adrenalinica. Lombotomia obliqua destra. Il rene lievemente abbassato, con intensa perinefrite sclero-adiposa, appare aumentato di volume, a superficie ineguale con una zona a consistenza molle verso il polo superiore. L'uretere appare spesso e duro. Nefrectomia. Alla sezione il rene mostra una caverna, ripiena di pus e masse caseose, che occupa il polo superiore: altre piccole ulcerazioni si trovano verso il polo inferiore; il restante parenchima è duro, lardaceo.

L'esame istologico conferma la diagnosi di tubercolosi ulcero-caseosa.

I dolori accusati dalla nostra ammalata, la particolarità di presentarsi a crisi, l'assenza di eliminazione dell'indaco carminio, l'assenza di sofferenze vescicali, l'edema bolloso circondante l'orificio ureterale destro, costituivano tale un insieme di dati, che avrebbero potuto far pensare alla calcolosi anzichè alla bacillosi. Il reperto negativo dell'indagine radiografica poteva anche non far eliminare l'ipotesi della calcolosi, inquantochè i supposti calcoli, o per la loro natura, o perchè misti ad una grande quantità di pus, potevano non dare un'ombra sufficientemente chiara.

Certamente questa forma dolorosa della tubercolosi, che evolve e si manifesta quasi esclusivamente con delle crisi dolorose simulanti la colica nefritica, non è molto frequente. La tubercolosi renale, infatti, per definizione si potrebbe dire, evolve senza dolori, insidiosamente ed anzi l'assenza dei dolori costituisce forse uno dei migliori segni di probabilità di essa. Occorre perciò che un elemento nuovo intervenga per spiegare queste crisi parossistiche nella tubercolosi pseudo-litiasica.

La maggior parte degli autori attribuiscono abitualmente la colica renale in questi casi a migrazione di detriti caseosi lungo l'uretere od alla obliterazione di questo per un restringimento tubercolare con ritenzione reno-ureterale od all'aumento di tensione in una sacca intraparenchimale. In qualche caso essa può prodursi senza una causa visibile e può essere forse l'espressione di fenomeni riflessi, di cui la natura non è stata ancora bene interpretata.

La diagnosi differenziale di questa forma clinica è facile, allorchè le crisi dolorose sono accompagnate da sintomi vescicali o quando riesce positiva la ricerca del bacillo di Koch nelle orine. Se questi due fattori vengono a mancare, la diagnosi può essere difficile ed il chirurgo essere trasportato a scartare la diagnosi di tubercolosi ed ammettere invece quella di calcolosi. E ciò sopratutto, se la radiografia mostra qualche macchia in corrispondenza della zona renale.

La stessa indagine radiografica, infatti, può non soltanto non essere di ausilio, ma, per la sua delicata interpretazione, può trascinare, in particolari evenienze, ad una diagnosi errata. Si ammette in genere che le ombre caratteristiche di calcoli renali si presentano sulle radiografie sotto forma di macchie omogenee, compatte, con bordi netti, di forma variabile, riproducenti in genere la parte del rene o della pelvi, ove essi si sono sviluppati.

Anche nella tubercolosi renale la radiografia può presentare delle macchie che corrispondano a due tipi anatomo-patologici della bacillosi renale: il rene tigrato ed il rene mastice. Tali macchie per i loro caratteri differiscono in genere dalle macchie, che danno alla

radiografia i calcoli renali. Parecchie piccole macchie, più o meno rotondeggianti, non omogenee, con bordi dentellati, come spongiose, chiare, con dei punti più oscuri, le une vicine alle altre, danno all'ombra renale radiograficamente l'aspetto di « rene tigrato ». Esse sono dovute a caverne antiche, disseminate sul rene, il cui contenuto si è infiltrato di sali calcarei. Altre volte invece delle macchie più o meno grandi, rotondeggianti, con bordi sfumati corrispondono al « rene mastice ». Per questa seconda forma Fenwich e Marion ammettono che « l'opacità alla radiografia è dovuta a deposito di fosfati nella sostanza, che riempe le sacche ». D'altra parte però se tali reperti radiografici possono costituire un elemento prezioso ed indispensabile nei casi di diagnosi incerta, possono anche condurre ad errori, inquantochè calcoli misti ad una grande quantità di pus possono non dare un'ombra sufficientemente chiara e masse caseose sovente calcificate non sono sempre di facile interpretazione, come non lo sono delle ombre perirenali da calcificazioni ganglionari. Una osservazione del Marion ci appare al riguardo molto interessante.

« L'ammalato soffriva da un anno di crisi di coliche renali violente e la radiografia mostrava un'ombra allungata lungo la direzione dell'uretere. La diagnosi di calcolosi s'imponeva. L'operazione, invece mostrò che trattavasi di tubercolosi renale e l'ombra radiografica corrispondeva ad un focolaio tubercolare dello psoas.

Dalla disamina delle nostre osservazioni, dalla considerazione della possibilità di casi clinicamente atipici, appare evidente come debba essere sempre presente alla nostra mente il precetto ormai da lungo tempo stabilito che « in presenza di una piuria tenace e prolungata, è sempre prudente pensare alla tubercolosi renale ».

RIASSUNTO.

La tubercolosi renale non è clinicamente sempre tipica nella sua evoluzione e sintomatologia. Una delle particolarità è quella dell'assenza di qualunque manifestazione subbiettiva ed obbiettiva da parte della vescica durante tutto il decorso della malattia. L'assenza di disuria è di difficile spiegazione: oltre che ad una varietà particolare del bacillo di Koch con proprietà differenti e ad una speciale immunità della mucosa vescicale, noi supponiamo che possa entrare in causa anche la diversità di costituzione e di reazione degli individui dinanzi alla stessa azione morbosa.

La tubercolosi renale può anche manifestarsi esclusivamente con delle crisi dolorose, assumendo l'aspetto della litiasi, da cui spesso è difficilmente differenziabile, quando manchi il reperto chimico ed istobatteriologico delle orine divise. L'interpretazione radiografica può essere difficile.

BIBLIOGRAFIA.

P. BLATT. Archiv f. klin. Chirurgie, Band 140.
CHARLET. Association française d'Urologie, 23e session annuelle. Paris, ottobre 1923.
Encyclopédie Française d'Urologie, t. II, 1914.
J. EPSTEIN. Journal d'Urologie, t. 25, febbr. 1928.
R. FRONSTEIN. Ibid., t. 25, maggio 1928.
R. LANZILLOTTA. Ibid., t. 16, 1923.
ID. Archivio Italiano di Urologia, fasc. I, vol. III, 1925.
MARION. Journal d'Urologie, t. I, maggio 1922.
ID. *Traité d'Urologie*, I, 1921.
F. MARSAN. Società francese d'Urologia, seduta del 3-7-1922.
THÈVENOT. Presse médicale, n. 6, 1929.
WILDBOTZ. *Lehr Buch der Urologie*, 1924.
WOLFF. Zeitschr. f. Urol. Chir., 6, 1921.
ZUCKERKANDLT. Ibid., 2, 1908.

Istituto di Patologia Chirurgica della R. Università di Cagliari.

Ematuria da stasi sanguigna per inflessione del peduncolo renale.

Prof. GINO BAGGIO.

Che un'inflessione del peduncolo renale, inginocchiando e quindi stenosando l'uretere, possa essere causa di stasi urinosa e consecutivamente di uronefrosi, è nozione pacifica e diffusa. Non altrettanto è generalizzato il concetto che analoga deformazione della *vena* renale possa agire analogamente sul circolo sanguigno del viscere e produrre ematuria per passaggio di sangue nei canalicoli uriniferi.

In una pubblicazione del 1920 su *La Clinica Chirurgica* io sostenni questa interpretazione (che pure non era nuova) per l'ematuria da rene mobile, confutando l'opinione di coloro che l'attribuirebbero invece a processi cronici di nefrite prodotti magari da alterate condizioni di circolo.

Nel *Policlinico*, Sez. chir., del 1921 estendevo lo stesso concetto all'ematuria dell'idronefrosi.

Allora le mie idee trovarono conforto nella coincidenza con quelle di Rehn. In seguito, la schiera aumentò.

Non parlo della possibilità di un'ematuria per fatto di ostacolo al deflusso del sangue dal rene: per la quale, da una parte, in trattati generali, come quello di Anatomia Patologica del Foà, si trova scritto (vol. I, p. III, p. 21, Cesaris Demel): « la congestione venosa da causa locale, clinicamente si avvera sempre...

quando si eserciti sulle vene renali una forte pressione dall'esterno (gravidanza) con susseguente emoglobinuria ed ematuria (tumori addominali, idrope, ascite, forte meteorismo, aneurismi, ecc.) »; e da un'altra parte, in sede di specialità (Chicago, Branch of the American Urological Society, 26 gennaio 1922) si può leggere ad esempio la seguente interlocuzione di Gideon Wells: « Non so se in questi casi nei quali il rene fu rimosso per cosidetta ematuria essenziale sia stata eseguita un'accurata dissezione dei vasi sanguigni per dimostrare che non si trattava di infarti. Nel secondo rene (Irving S. Koll; *undiagnosed renal hemorrhage*) passato in giro, la mia prima impressione è ch'esso assomigli ad un rene con una ostruzione nel sistema circolatorio. Certamente, ostruzione nella vena renale principale può produrre profonda ematuria e guarirà se mai attraverso circolo collaterale ». Oppure si trova Winsburg White il quale presenta l'ematuria come una complicazione frequente dell'idronefrosi e la fa provenire, sia da infezione, sia da aumento della pressione venosa per ostruzione.

Lascio da parte anche i consensi di coloro che riportano la ematuria alla congestione in genere. Così Herman Leon scrive che « nell'idronefrosi intermittente, secondo gli esperimenti di Barney, la stasi improvvisa di urina e di sangue produce emorragie, come anche nella calcolosi è dubbio se sia il trauma della mucosa o l'improvvisa stasi a determinare la emorragia ». E Mitsinkidès, trattando delle grandi ematurie dell'idronefrosi, scrive: « Si ha dunque ragione di pensare che le emorragie dell'idronefrosi sono di origine identica a quella delle ematurie nelle nefriti croniche dette ematuriche ». Ma aggiunge subito dopo: « Queste emorragie, bisogna del resto riconoscerlo, sono ancora di una interpretazione molto malagevole, l'ipotesi della congestione essendo la più verisimile ».

Mi attengo strettamente al meccanismo della stasi sanguigna per ostacolo sul peduncolo, e, pure non disponendo di una raccolta bibliografica completa, posso citare gli autori seguenti.

Jost pubblica il caso di una ragazza di 19 anni, che da 3 mesi soffriva di dolori periodici ai lombi e di ematuria. L'ematuria si acuiva sempre durante il camminare, l'andare in carrozza e il lavoro gravoso, mentre regrediva nel riposo. Obiettivamente non fu constatato che un rene migrante a destra, e il ripresentarsi dell'ematuria quando la paziente stava alzata, mentre cessava durante la degenza a letto. Fu fatta una nefropessia e dopo di questa l'ematuria non si ripresentò più, nonostante lavoro faticoso.

Livermore, trattando delle possibili cause di emorragie renali cui manca una diagnosi accurata, annovera il caso di una donna di 37 anni nella quale si constatò che un'ematuria non dolorosa stava in dipendenza di una nefroptosi bilaterale, inquantochè fu eliminata mediante nefropessia.

Boeckel, ammessa, per osservazioni sue e di altri, un'idronefrosi a forma ematurica, trova che la patogenesi di questa emorragia è variabile. In uno dei suoi quattro casi, la definisce di origine congestiva. Poi, accennando al trattamento, dice che questo dipende dal valore funzionale dei due reni e dall'abbondanza dell'emorragia, e parla di nefrectomia e di nefropessia.

Arn Spenger, facendo seguito alla presentazione di un rene emonefrotico da parte di Läwen, illustra un caso di emorragia del rene sinistro, nel quale il rene estirpato appariva, del pari, esteriormente normale: soltanto c'era un vaso aberrante del polo inferiore che passava trasversalmente sopra il bacinetto. Dentro a questo, emorragie sorprendentemente forti; del resto, nessun altro reperto patologico. Anche al microscopio, nessun reperto, specialmente nessun segno di nefrite. Dopo nefrectomia, l'urina perdette ogni traccia di sangue. Il caso, fin'allora interpretato come di « ematuria renale essenziale », sarebbe forse da intendersi, secondo l'A., analogamente alla osservazione di Läwen, come un'emorragia da stasi del bacinetto, ma senza ostacolo al deflusso urinoso: emorragia nella quale entrava in gioco probabilmente il vaso aberrante.

Gottlieb riporta due casi di ematuria in idronefrosi. Non riconosce la causa di tale ematuria, nè, con Blum e Molinari, in un'emorragia ex-vacuo, nè con Israel, nel passaggio di sangue soltanto dove ci sia esclusione completa di deflusso urinoso dal bacinetto renale. Piuttosto, a suo avviso, le emorragie sono causate da alterazioni circolatorie del rene che, a loro volta, insorgono per inginocchiamento o compressione delle vene renali in seguito ad abbassamento dell'organo ingrossato.

Vorrei far notare la rispondenza di queste parole a quelle usate da me nella pubblicazione sovraccennata.

Credo che l'esperienza a venire avvalorerà ancor di più il principio di cui tratto. E prendo argomento alla mia previsione da un nuovo caso capitato a me stesso.

Si trattava di un uomo di 54 anni, che fui chiamato a visitare quasi d'urgenza. Era pallido, cereo; stava a letto da due mesi ed erano più di tre mesi, senza interruzione, che emetteva urine totalmente e intensamente ematiche, come quelle che mi fece vedere e che sembravano sangue puro.

Non aveva precedenti degni di rilievo, nè ereditariamente, nè personalmente. Il padre suo era morto di trauma accidentale, a 82 anni, la madre, di tumore all'utero, a 76. Raccontava di cinque fratelli vivi e sani e di due morti in tenera età. Di sei figli suoi, uno era morto a 17 mesi, uno a 7 anni in seguito a trauma, uno a 15, di polmonite. Tre, di quattordici, venti, ventidue anni, vivevano in ottima salute. Egli non aveva avuto in passato lontano che febbri malariche per un periodo di poche settimane.

La storia dell'ematuria risaliva a 11 anni addietro, ed aveva avuto inizio rapido, improvviso. Fu in seguito ad un sovraffaticamento fisico che vide le urine intensamente ematiche. L'ematuria durò allora per un mese circa, mantenendosi sempre di eguale intensità. Poi, improvvisamente scomparve, e gli si ripresentò dopo un anno, accompagnata da un dolore violento che partiva dalla regione lombare destra e si irradiava lungo tutto l'arto inferiore dello stesso lato. Il dolore, associato, a sua volta, ad un crampo violento di tutti i muscoli dell'arto, durò soltanto 5 minuti circa, poi scomparve. L'ematuria durò, invece, quanto la prima volta. D'allora si ripresentò ogni anno, verso la fine dell'estate, con gli stessi caratteri di intensità e di durata. Il malato aveva fatto svariate cure medicamentose, ma inutilmente. L'ultima volta l'ematuria era comparsa verso la fine d'agosto e non era cessata più. Io lo vidi il 5 dicembre 1927. Due mesi prima gli era ricomparso il dolore acuto alla regione lombare e all'arto inferiore destro, come ai primi tempi di malattia, ed era durato un'ora circa.

Feci un esame sommario delle regioni renali e trovai a destra una tumefazione che si perdeva senza limiti sotto l'arcata costale e che arrivava in basso alla fossa iliaca. Illuminai malato e parenti sulla gravità del caso, dimostrando la possibilità di salvezza soltanto in un eventuale intervento tempestivo e proposi il ricovero.

L'indomani a sera il malato era all'Istituto.

Quivi si riconfermò il reperto della tumefazione nella loggia lombare destra, sotto forma di massa ovoidale allungata verticalmente, liscia, di consistenza più che carnosa, delimitabile soltanto all'estremo inferiore della fossa iliaca, ballottabile, seguente i movimenti respiratori, poco o punto dolente. Il resto dell'esame obbiettivo semplice non dava di reperto utile, che il pallore impressionante già segnalato e il carattere costituzionale del malato, appartenente al più squisito tipo longilineo.

La cistoscopia mise in evidenza, entro una vescica normale, un getto intensamente sanguinolento, ritmico, regolare, dall'uretere destro e soltanto dal destro.

A sinistra l'indaco-carminio si eliminava dopo 5'.

Il cateterismo di questo lato dette urina chiara coi caratteri quantitativi che riporto qui sotto in confronto alle urine totali.

Urine totali: reazione acida; albumina presente; sangue abbondantissimo; glucosio assente; urea 20,75 ‰; centrifugato: quasi totalmente di globuli rossi con qualche gl. bianco e cellule di sfaldamento.

Urine di sinistra: reazione acida; albumina tracce; sangue assente; glucosio assente; urea 12,96 ‰; qualche globulo bianco, scarsi globuli rossi, numerose cellule di sfaldamento.

L'esame del sangue ci dette: emoglobina 0,25 per cento; globuli rossi 2.800.000; globuli bianchi 12.000; valore globulare 0,44; numero delle piastrine in limiti normali, tempo di coagulazione 8'.

Stabilita l'ematuria dall'uretere destro è constatata una tumefazione in sede renale; assodata l'integrità funzionale del rene sinistro, esclusa una causa emofilica o emogenica; non rimanevano, a controindicare un intervento sul rene destro, che le condizioni generali del malato. Ma queste potevano pesare più sul bilancio del chirurgo, che su quello del malato stesso. Lasciata a sè, questa volta, quando non accennava affatto a diminuire nonostante la degenza a letto ininterrotta di due mesi e nonostante la somministrazione altrettanto prolungata di tutti i coagulanti, era facile presumere che l'ematuria avrebbe finito con lo spegnere la vita del nostro paziente; mentre il suo immediato arresto avrebbe potuto salvarlo.

E sotto questa considerazione passava in secondarissima linea anche il bisogno di diagnosi esatta, mentre ogni giorno perduto alla tempestività della cura poteva essere fatale. La massa ballottabile alla regione lombare destra e il reperto dell'urina, che presentava come sola alterazione l'abbondante quantità di sangue, conducevano, in linea generica, alla diagnosi di tumore; e con questa intervenni il giorno 8, quantunque rimanesse sempre un grosso punto interrogativo quel particolare anamnestico della periodicità dell'ematuria ad epoca quasi fissa, e precisamente nella seconda metà dell'estate, che il malato metteva in rilievo ad ogni interrogatorio su tale argomento.

All'operazione, mentre credevo di raggiungere posteriormente la massa renale, m'imbattei nel fegato, che occupava, verticalizzato, tutta la regione lombare. Il rene era disposto contro la squama dell'ileo e rimaneva coperto dal fegato il che spiegava la sensazione palpatoria della massa unica.

Potei portarlo facilmente nella breccia d'operazione. Ma era un rene perfettamente normale: sia di forma che di volume, di superficie che di consistenza: tanto da doversi domandare se era proprio quello il rene che sanguinava. Seguii quanto potei l'uretere, nel dubbio che si trattasse di reni ad ureteri incrociati e che la sorgente dell'ematuria fosse da ricercarsi nel rene dell'altro lato, ma mi convinsi che la disposizione era normale. Nel frattempo di queste manovre continuava a versarsi sangue nella pelvi ed, una volta chiuso l'uretere, ne apparve per trasparenza il colorito bluastro. Non mi indugiai in esplorazioni cruente di nefrotomia, parendomi che l'unico obbiettivo dovesse essere quello di mettere le mani sulla sorgente emorragica per arrestarla subito, e nefrectomizzai.

L'operato cicatrizzò rapidamente per primam e

fu dimesso dopo 21 giorni, essendosi trattenuto anche di più dello stretto necessario, per iniziare un po' di cura ricostituente.

Il secondo giorno dopo l'operazione, alla ricerca chimica il sangue era scomparso del tutto dalle urine; rimaneva soltanto qualche emazia nel centrifugato. Si trovarono invece tracce di albumina e numerosi cilindri granulari, con un tasso ureico di 29 ‰ su 650 cmc. di urina.

Tracce di albumina si mantennero fino al giorno 19 e qualche cilindro fu trovato fino al giorno 23 dicembre. Il tasso ureico era oscillato in questi giorni da 29,97 come massimo a 19,20 ‰ come minimo, su quantità di urina che, fin dal giorno 11 si erano aggirate sui 1000 cmc. All'esame fatto il giorno che precedette la dimissione del malato, si notava, di patologico, qualche globulo bianco e qualche globulo rosso nel sedimento.

Ad esami d'urina ripetuti il 10 gennaio e il 2 febbraio 1928, si trovarono qualche *globulo bianco* e qualche *globulo rosso*. L'urea del 2 febbraio era di 22,97 per mille.

Il 27 aprile 1928 comparve qualche *cilindro granuloso*, per cui l'operato fu messo a regime dietetico. L'urea era di 18 ‰.

Il 1° dicembre 1928 il sedimento era normale, ma si trovarono *tracce di albumina*. L'urea era di 7,48 ‰.

All'esame del 28 gennaio 1929 si trovò: quantità delle 24 ore: colore paglierino; trasparenza buona; reazione acida; peso specifico 1022; siero albumina *tracce;* sangue assente; zucchero assente; urea 10,49 ‰; acetone assente; fosfati assenti; pigmenti biliari assenti; sedimento: qualche raro globulo bianco.

In pari data l'esame del sangue dette: globuli rossi 4.000.000; globuli bianchi 6500; emoglobina 0,75.

Il malato conserva sempre tinta pallida, ma sta benissimo, è vegeto e accudisce senza limiti alle sue occupazioni di commerciante.

Passiamo all'esame anatomico del rene asportato.

Esso non presentava macroscopicamente che un modico grado di ampliamento delle cavità pelvicaliciformi e una quantità insolita di grasso peripelvico. Nella pelvi era contenuto un coagulo sanguigno, e strie di sangue apparivano radialmente, come in vasi iniettati, nella sostanza parenchimatosa.

Al microscopio si vedeva, di fatti, un'iniezione vasale diffusa irregolarmente un po' su tutto il tessuto, corticale e midollare. Erano iniettati i vasi, contenevano sangue i canalicoli uriniferi. Le alterazioni proprie del parenchima apparivano più marcate nella midollare e consistevano prevalentemente in zaffi ematico-fibrinosi dentro i tubuli retti e in notevoli e diffuse dilatazioni di questi associate ad assottigliamento e sfaldamento dello strato epiteliale. Uno di questi tubuli appariva trasformato in una vera cavità cistica. Completavano il quadro istopatologico della midollare delle strie radiali jalino-fibrose intervallate nello spessore delle piramidi. Nella corticale, qualche glomerulo meno conservato del normale, ma nulla di caratteristico che riproducesse un quadro di nefrite capace di spiegare l'imponente quadro ematurico. Piuttosto, i fenomeni della corticale erano interpretabili come fatti regressivi causati dalle alterate condizioni di circolo e di deflusso del rene, che risultavano evidenti.

Ora si domanda: qual'era la causa dell'ematuria?

Le sole alterazioni anatomiche di un certo rilievo che io ho saputo riconoscere sono quelle della congestione venosa e di dilatazione di tubuli retti, con appiattimento e sfaldamento del loro epitelio, cui fa riscontro il modico ingrandimento della pelvi. Ambedue le alterazioni trovano spiegazione in un ostacolo di deflusso: ostacolo venoso, ostacolo urinoso. Non si trattava di una idronefrosi conclamata, per cui si voglia invocare, secondo Israel, l'aumento di pressione circolatoria interna del rene da pressione urinosa: inquantochè l'aumento di ampiezza della pelvi renale, se può dirsi evidente, non era considerevole. Viceversa, le conseguenze della stasi sanguigna erano imponenti. L'ostacolo al deflusso venoso deve essere considerato quindi, geneticamente, a sè, e la sua spiegazione si trova nelle particolari condizioni di inflessione della vena all'ilo del rene, per abbassamento di questa, come in analoga condizione dell'uretere si trova la spiegazione dell'ostacolo al deflusso urinoso.

All'infuori di questa, io non so trovare spiegazione alla considerevole ematuria. Dovrei disconoscere una causa dimostrata, per invocarne un'altra ipotetica.

L'inflessione forzata del peduncolo spiega i dolori accessuali che troviamo nell'anamnesi. L'inflessione della vena al peduncolo può spiegare anche l'enigma della comparsa annuale dell'ematuria, nella stagione estiva inoltrata. In questo periodo dell'anno, specialmente a Cagliari, domina lo scirocco. Ora, non fa meraviglia che la rilassatezza generale dei tessuti, imputabile all'atmosfera caldo-umida, abbia acuito l'abbassamento del rene e che, maggior grado di abbassamento, ipotonia vasale, abbiano aggravato la stasi venosa in modo tale da causare l'ematuria, mentre questa scompariva poi quando la stasi si alleggeriva per il maggior tono riacquistato dai tessuti nella stagione fredda. Con l'andare del giuoco il riacquisto dell'equilibrio si perdette e l'ematuria si fece perenne.

Mentre — dico — il meccanismo della stasi per inflessione del peduncolo mi spiega tutta la storia del mio malato, non saprei trovare altra patogenesi cui riportarla.

Una considerazione particolare meritano tuttavia i reperti dell'urina ai vari esami che seguirono l'intervento, e anch'essa non fa che appoggiare indirettamente la nostra interpretazione patogenetica, escludendone un'altra

che è, generalmente, la più accreditata. In tutti gli esami d'urina che facemmo al nostro malato dopo l'operazione, si riscontrò qualche cosa di anormale. In linea generica si potrebbe riconoscere funzionalmente nel rene superstite un rene più o meno nefritico. La nefrite (diciamo nefrite in genere, quantunque particolarmente si tratti di glomerulo-nefrite) è l'alterazione alla quale vengono riportate dal maggior numero degli autori quelle ematurie che più sfuggono alla constatazione di una causa palese: le così dette ematurie essenziali. Ebbene: noi potremmo dire di trovarci davanti ad un rene nefritico, ma l'ematuria non c'è più.

Accettata l'etiologia della stasi da inflessione a sostegno della ematuria per cui il paziente fu operato, è naturale però la domanda: perchè non fu riparato togliendo la stasi, cioè fissando il rene in alto, anzichè asportarlo?

Questa è appunto la ragione per cui maggiormente ho considerato il caso e l'ho ritenuto degno di essere conosciuto.

L'imponenza della sintomatologia mi distolse dalla suesposta interpretazione patogenetica prima di avere esaminato il pezzo anatomico. Non so se l'urgenza del provvedere in modo sicuro mi avrebbe permesso di attenermi ad essa contro la possibilità che l'ematuria, sostenuta da altra causa continuasse; ma confesso che, pure edotto della etiologia suddetta nella maniera particolare nella quale può esserlo chi si è occupato espressamente di essa, al momento di agire non ci pensai.

Quando, anche casi come questo che mi è capitato ora, siano noti, è probabile che si acquisti maggiore capacità di valutare, al momento opportuno, la cura conservativa che parrebbe dovesse convenire.

RIASSUNTO.

Un caso che riconferma precedenti vedute dell'A. La patogenesi fu stabilita sull'accordo tra andamento clinico e reperto anatomico. Fu nefrectomizzato. In casi simili apparirebbe invece più opportuna la nefropessia. Perciò l'opportunità di farli conoscere.

BIBLIOGRAFIA CITATA.

Rehn. Zentr. f. Ch., 1920; Berl. kl. W., 1921, 1927.
Gideon Wells. The Journ. of Urol., VIII, 126.
Winsburg White. Tre Brit. M. J., 6 dic. 1924, n. 3336, p. 1043.
Herman Leon. Journ. of the Americ. Medical Assoc., LXXXIII, 1924, 1315-21; Z. f. urol. Ch., XVIII, 39.
Mitsinkides. Journ. of Urology, XIII, 349.
Boeckel. Assoc. fr. d'Urologie, 3-8 ott. 1926; Jour. Urol., XXII, 516.
Jost. Z. f. urolog. Chir., XVIII, 261.
Livermore. J. of the Am. med. Ass., LXXXIII, 1924, 1390-92; Z. f. urolog. Ch., XVII, 388.
Läwen. Mittelrhein. chir. Verein, 9 giugno 1923; Zentr. f. Ch., 1923, 1455.
Arnspenger. Zentr. f. Ch., 1923, 1457.
Gottlieb. Zeitschr. f. Urol. XX, 1926, 81-87; Z. f. urol. Ch. XXI, 91.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale Civile d'Ivrea.

Qual'è l'importanza delle prove digestive per la diagnosi delle affezioni gastriche?

per il dott. Virginio De Benedetti, med. prim.

Il metodo del sondaggio frazionato dello stomaco, comparso in epoca propizia e cioè negli anni in cui i mezzi d'indagine della funzionalità gastrica, fino allora esperiti sembrava avessero già dato tutto il loro rendimento, pur avendo esaudito una minima parte delle speranze che in essi erano state riposte, è stato adottato da una folla di studiosi.

È andato così allargandosi senza confini il campo di ricerche eseguite con la nuova tecnica e se qualche utile risultato è stato registrato, molto alacre lavoro si è perso nel riesumare vecchi dibattiti e nello sforzo vano di trovare una perfetta aderenza tra i dati ricavati con il sondaggio frazionato, e certi processi morbosi dell'apparato gastrico.

L'interpretazione dei risultati del sondaggio permanente, ha dato talora luogo a deduzioni non improntate a critica adeguata: così qualche Autore ha creduto di additare curve tipiche di malattie gastriche organiche. Altri si sono limitati a proporre classificazioni generiche senza riferirsi a stati morbosi. Infine pochi, e tra questi lo scrivente, hanno sostenuto un punto di vista ancora più riservato, affermando che le curve informano principalmente dell'acidità del contenuto gastrico in più momenti del ciclo digestivo, e che i vantaggi del sondaggio frazionato, si compendiano nella possibilità di controllare più a lungo e continuatamente le qualità del secreto gastrico (a digiuno o dietro stimoli digestivi).

Nel 1927, riassumendo la mia esperienza triennale di sondaggio frazionato a digiuno e con colazioni, contestavo alle curve costruite sui risultati delle estrazioni frazionate il valore diagnostico, che ad esse era stato assegnato da qualche A. Le mie obbiezioni fondavano sulla riconosciuta impossibilità di indicare una curva che fosse caratteristica dei normali e sulla nessuna portata pratica delle artificiali classificazioni imposte alle curve in base alla

loro diversa rappresentazione grafica. Notavo che i diagrammi digestivi, a prescindere dai casi estremi, sempre e con qualsiasi mezzo riconoscibili, erano monotoni, privi di caratteristiche sulle quali fosse possibile fondare un giudizio diagnostico e riscontrabili sia in affezioni organiche, sia in affezioni funzionali, in ammalati ed in sani.

Concludevo pertanto che assai modesto era il significato delle curve di acidità e che dall'analisi della secrezione gastrica durante tutto il ciclo digestivo, a parte un più facile riconoscimento degli stati di ipo-ana-acidità, non emergevano notevoli progressi per lo studio clinico delle affezioni gastriche (1). Anche in questioni di dettaglio mi trovavo in disaccordo con alcuni AA.: così negando il valore di diagrammi funzionali completi alle curve costruite su semplici dati titolo e volumetrici, così affermando l'origine psicoriflessa e non meccanica della secrezione a digiuno. Quest'ultima questione (che è stata risolta nel senso da me prospettato da Galewski, Isaac-Krieger, Vándorfy) è tuttora insoluta, mentre riguardo al primo punto i lavori di Stary e Mahler, di Zwonitzky e di Lewin, nei quali si cerca con complicati calcoli, tratti da un doppio sondaggio contemporaneo, di valutare l'integrale capacità digestiva dello stomaco (lavori che dimostrano a quale ipertrofia possa giungere il procedimento del sondaggio frazionato!), hanno confermato l'esattezza delle mie obbiezioni.

*
* *

A qualche anno di distanza riesce più facile discutere di questo tema perchè l'argomento del sondaggio frazionato appare ormai sviscerato sì da non offrire ulteriori possibilità di sviluppo: esso è, come si suol dire, giunto al suo punto morto. D'altra parte lo scopo di queste poche considerazioni è di esprimere un giudizio più generico sul valore diagnostico dei rinnovati metodi di esplorazione chimica dello stomaco prescindendo da dettagli di tecnica e da ogni discussione che in merito ad essi potrebbe essere fatta.

Quando si tirino le somme del poderoso lavoro intorno al sondaggio frazionato, ci si accorge che anche questo metodo ha dovuto arrestarsi alla superficie dei quesiti più assillanti di diagnostica gastrica. In fondo anche se si voglia ammettere che le curve digestive permettono di giungere alla conoscenza abbastanza esatta del potere secretorio della mucosa gastrica, resta vero oggi, come venti anni fa, che stabilire il potere secretorio significa semplicemente valutare uno dei lati del problema diagnostico. Con il sondaggio frazionato, si arriva dunque alla solita diagnosi secretoria che rappresenta, direi, il limite estremo contro il quale sembra spezzarsi l'efficacia diagnostica di tutte le prove digestive.

Se dalle nozioni attinte con l'uso del sondaggio permanente fossero risultati più tipici, più costanti rapporti tra certe malattie e certe anomalie secretorie, potremmo dire di aver conseguito importanti risultati: ma, ch'io sappia, per esemplificare sulle malattie organiche più frequenti e che maggiormente compromettono la responsabilità del medico, le cifre di coincidenza dell'ipercloridria con l'ulcera gastrica, si aggirano ancor oggi sulle percentuali dateci da Ewald (34,1 %), da Wagner, Wirsing (42,6 %), ecc. ed immutato rimane il concetto che l'ipercloridria non sia caratteristica dell'*ulcus ventriculi*, che l'ipercloridria ed ipersecrezione siano assai frequenti nell'ulcera duodenale e tuttavia non costanti e riscontrabili anche in altre contingenze. Quanto al cancro dello stomaco bisogna dire che proprio al sondaggio frazionato si deve la convincente conferma, e questo è grandissimo merito del nuovo metodo, che l'achilia non è caratteristica del cancro gastrico, ma di stati patologici di tutt'altra natura. Mi piace in proposito citare anche un lavoro dell'Allodi, studioso egli pure di sondaggio frazionato, il quale afferma che l'esame del chimismo gastrico, quando la sede del cancro sia la pars pilorica, è inconcludente, potendo l'ulcera, il cancro e l'ulcera-cancro manifestare un identico comportamento della secrezione gastrica.

In fondo, dopo tutto il lavorio degli ultimi anni sull'argomento del sondaggio permanente, bisogna convenire con il Bársony che, quando per sospetto di ulcera o di altra affezione venga eseguito un esame radiologico e con questo si scoprano dei segni diretti di ulcera, la sicurezza della diagnosi, non potrà nè essere rinforzata da un reperto di iperacidità, nè essere scossa da un reperto di ipoacidità: e questa constatazione manifestamente e per gli stessi motivi, può essere ripetuta per la diagnosi di carcinoma.

Sostanzialmente la scarsa utilità delle prove digestive per la diagnosi delle due affezioni organiche capitali dello stomaco, non dipende tanto dalla imperfezione dei nostri metodi di esame, quanto dallo stato di fatto ormai generalmente riconosciuto, che anomalie secretorie (nell'un senso e nell'altro) sono largamente indipendenti dall'ulcera e dal cancro.

(1) Queste affermazioni da me ripetute più volte nel 1927, sono pienamente confermate dall'Ehrmann (Deutsch. med. Woch., 1929, n. 11).

Si comprende come in tali condizioni debba prevalere la tendenza, che è la odierna, di utilizzare più l'esame radiologico che lo studio della secrezione gastrica; tanto più che la roentgendiagnostica ha saputo, nella diagnosi dell'ulcera e del cancro, conquistarsi un primo posto.

* * *

Illustrare la storia dei progressi della radiodiagnostica del tubo digerente non è compito mio, nè potrebbesi degnamente fare nei limiti di questo lavoro: ma non mi esimerò tuttavia dal ricordare, come a partire dal 1920, in grazia di notevoli perfezionamenti tecnici, la roentgenologia abbia saputo sostituire, nella semeiotica delle affezioni dello stomaco ed intestino, dati certi, ad elementi di dubbia constatazione.

I così detti sintomi roentgenologici indiretti di ulcera dello stomaco e del duodeno, che in sostanza rispecchiano disturbi motori dello stomaco e del bulbo duodenale, hanno perso assai della loro importanza di fronte alla dimostrazione diretta roentgenologica dell'ulcera. Il decisivo passo avanti è stato dovuto alla conoscenza per lo stomaco, del sintoma nicchia (Haudeck, Faulhaber) e per il duodeno alla felice combinazione dell'osservazione radioscopica con la indagine radiografica in serie, e con lo studio della plastica della mucosa gastro-duodenale (Cole, Carman, Akerlund, Berg, Forsell).

Sopratutto per la diagnosi dell'ulcus duodeni è evidente il progresso: anomalie concernenti la forma, la grandezza, la direzione delle pliche mucose costituiscono sintomi abbastanza fermi, che hanno oscurato la dignità diagnostica degli elementi indiretti, i quali erano spesso alla mercè di interpretazioni del tutto personali od arbitrarie.

Un altro straordinario aiuto alla diagnosi delle affezioni del quadrante destro addominale, è stato portato dalla colecistografia. E per quanto il metodo non possa ancora arrivare a dirimere tutti i casi dubbi, esso permette di individuare la maggior parte delle colecistiti calcolose, e di confermare, in unione ai dati forniti dal sondaggio duodenale e dall'esame radiologico del duodeno, il sospetto clinico di processi colecistitici e pericolecistitici senza calcoli, e di affermare la coesistenza, non eccezionale, di processi ulcerativi ed infiammazioni della vescichetta e delle vie biliari.

In complesso, senza che io mi dilunghi ancora a discorrere dei progressi dell'indagine radiologica nelle affezioni addominali, è evidente che, mercè nuove vie ed una più feconda tecnica, la roentgendiagnostica, occupa oggi il primo rango nella diagnosi e nell'indirizzo curativo delle malattie del sistema digerente. Il sintoma nicchia, in particolare, quando sia stato rilevato in esami successivi e con le opportune cautele, fornisce, per così dire, la prova anatomica dell'ulcera gastro-duodenale: già nel 1913, infatti, Berg poteva citare, su un complesso di 1700 esaminati, 203 casi in cui l'esistenza di ulcera duodenale risultava da segni diretti: in 59 su 64 casi l'esame radiologico poteva essere operativamente confermato.

Quale sia l'interesse suscitato in questi campi dalle nuove acquisizioni radiologiche, è dimostrato dalla importantissima letteratura sulla plastica della mucosa gastrica, e dall'adozione di questi metodi di esame, da parte di un cerchio sempre più largo di radiologi. È sintomatico che colecistografia e studio delle pliche mucose, abbiano fornito tema di discussione alla Società di Gastroenterologia Tedesca, fin dal 1927.

Il quadro delle pliche gastriche, che è nei casi normali, abbastanza costante, si presta pure al riconoscimento di processi gastritici ed ipertrofici, ed è specialmente prezioso per la diagnosi di localizzazione ed estensione delle infiltrazioni cancerigne (Chaoul). Si confronti in proposito anche la lucida esposizione che uno studioso italiano, il Salotti, ha recentemente tenuto all'Istituto del Cancro a Torino.

Ma forse il merito maggiore della moderna roentgendiagnostica, è di avere efficacemente contribuito ad assottigliare i capitoli delle anomalie secretorie. È innegabile che dalla volgarizzazione delle prove digestive, sono derivati i motivi per la creazione di quei termini vaghi — intendo iper-, ipoacidità, iper-, iposecrezione — sotto i quali per lungo tempo hanno trovato ospitalità, stati patologici non potuti altrimenti meglio definire: quali svantaggi ne siano derivati per la diagnosi delle affezioni gastriche, è oggi così evidente che non mette conto di parlarne. Sta di fatto che lo studio della patologia gastrica ha per lungo tempo stazionato su queste classificazioni secretorie, senza fare decisivi passi in avanti.

Oggi, con il miglioramento della tecnica radiologica, sono state tratte dal caos delle anomalie secretorie, oltre alle ulcere non diagnosticabili prima, tutti quei colecistitici che si presentano al medico con vaghi disturbi gastrici e che erano elencati e, quel che è peggio, trattati, a seconda dei risultati delle prove digestive.

Quello che si è detto per la colecistite, si può ripetere per i processi infiammatori dell'appendice o di altre sezioni del tubo gastroenterico, nessuno potendo attualmente presagire di quanto dovrà essere ulteriormente ridotto il campo delle anomalie secretorie.

La dimostrata incongruenza tra andamento della secrezione gastrica ed affezioni organiche dello stomaco, la difficoltà, per non dire impossibilità, di descrivere un ritmo di secrezione tipico dei sani, la documentazione inappellabile dell'esistenza, senza segni di malattia, di stati di iper- o ipoacidità, le stesse variazioni giornaliere della secrezione gastrica nei sani e negli ammalati, sono altrettanti fatti che dovrebbero disabituare il medico a trarre dalla considerazione dell'esame del succo gastrico, deduzioni avventate in senso diagnostico e terapeutico.

* * *

Tuttavia è pur vero che, purgato l'ambito delle anomalie secretorie da tutto ciò che rientra in altri quadri morbosi (ripeto: ulcera, colecistite, appendicite, periviscertiti, ecc.), resta un importante nucleo di malati che a noi si presentano per disturbi gastrici e sui quali l'esame radiologico del tubo digerente e della coleciste, non offre il minimo appiglio diagnostico, mentre i valori del succo gastrico dimostrano o no deviazioni in più od in meno rispetto alle cifre ritenute normali.

Come procedere in questi casi? Praticamente ci si limita ad emettere, quando ne esistano i dati, una diagnosi di iperacidità od ipoacidità. Ma è questa una diagnosi? E con quale logica potrebbe questa diagnosi essere sostenuta, quando l'allargarsi delle nostre conoscenze sta sempre più deprimendo la dignità e l'indipendenza nosologica delle anomalie secretorie?

In realtà nessuna speranza può fondarsi sull'affinamento dei metodi di esame della secrezione gastrica per la migliore conoscenza delle malattie gastriche; e tutta la storia della evoluzione della patologia gastrica è lì a dimostrarlo. E allora? Come procedere?

Io non penso che i dati delle prove digestive debbano, particolarmente nei casi ove falliscono gli altri sussidi diagnostici, essere del tutto trascurati: ma non va dimenticato che essi costituiscono soltanto un sintomo, e che non è legittimo su di esso fondarsi per esprimere un giudizio proprio in quei casi in cui maggiormente è sentita la povertà degli elementi diagnostici.

* * *

Per concludere, e perchè il senso di queste considerazioni non sfugga al lettore, dirò che non è mia intenzione deprimere il significato delle prove digestive a totale vantaggio dei mezzi fisici d'esame.

Il sondaggio occupa il suo posto dopo la roentgendiagnostica del tubo digerente, la paziente ricerca dei dati anamnestici, il rilievo palpatorio, la ricerca di sangue occulto nelle feci, ecc.; e, come ho detto dianzi, il rinnovato lavorìo intorno al sondaggio permanente non è stato del tutto vano.

La prova dell'istamina che permette di arrivare alla diagnosi sicura dell'achilia gastrica (Dobson, Katsch e Kalk, De Benedetti, Allodi, ecc.), lo studio della secrezione clorica (Holler, Hurst, Rothschild, Katsch e Kalk, ecc.), dell'azoto totale del succo gastrico (Cipriani e Lucca), il rinnovato studio delle cellule di desquamazione della mucosa gastrica (Girardi, Allodi, ecc.), forniscono reperti più o meno importanti, anche se alcune di queste prove corrispondano a vecchie indagini (prove di Salomon e di Wolf-Junghans), sicchè la ricerca di vie nuove si è risolta qualche volta nel ricalcare strade già percorse in passato.

Ma dove il sondaggio permanente fallisce è sul terreno in cui sono già fallite tutte le altre prove digestive; è nella ricerca di quadri secretori tipici di questa o quell'altra affezione, è nello studio di impiantare classificazioni che non trovano addentellati nè nello stato anatomico della mucosa gastrica, nè nella sintomatologia soggettiva, nè negli episodi anamnestici denunciati dai pazienti.

Riconoscere l'importanza episodica di un reperto di iper- od ipoacidità, di un esame microscopico del sedimento gastrico, del risultato di una reazione istaminica, di una prova di carico alla Boas, ecc. ecc., significa valutare al giusto punto un dato che può o non può contribuire alla diagnosi di un'affezione dello stomaco. Disgraziatamente l'esame funzionale dello stomaco con sondino, non può, per la sua incompletezza e per circostanze inerenti alla fisiopatologia dello stomaco, avere il peso diagnostico che ha, ad esempio, un esame funzionale del rene.

Certe diagnosi, iper-ipo-secrezione, iper-ipoacidità, ove un sintoma che può essere accessorio o trascurabile, che può o non può avere connessioni con altri sintomi oggettivi, o con le sofferenze dell'ammalato, è elevato arbitrariamente, ad una dignità che non ha, dovreb-

bero essere pronunciate non prima di aver esperito l'intiero armamentario diagnostico (ed in particolare i moderni metodi radiologici). Si ovvierebbe così a molti errori, e si combatterebbe efficacemente quell'abitudine, che è stata una specie di *vitium mentis* nella diagnostica gastrica del passato, di emettere dei termini tanto comprensivi da essere privi di significato.

La riluttanza e la diffidenza verso figurazioni e classificazioni di anomalie secretorie deve essere oggi, in presenza degli odierni risultati della tecnica radiologica, più che mai rinforzata.

« Con i progressi dei moderni metodi di esame, sopratutto della roentgendiagnostica, il sondaggio dello stomaco ha perso gran parte della sua importanza » (Bársony, Ehrmann).

RIASSUNTO.

Tenuto conto degli importanti progressi realizzati dalla roentgendiagnostica nel campo delle malattie digestive, del fatto che anomalie secretorie (nell'un senso e nell'altro) sono largamente indipendenti dalle malattie organiche dello stomaco, l'A. ritiene che tutta quella parte della moderna diagnostica chimica dello stomaco vòlta a figurazioni e classificazioni di anomalie secretorie, sia stata vana. Si deve, fin dove sia possibile, prescindere da quei termini iper- iposecrezione, iper- ipoacidità che hanno per lungo tempo signoreggiato la patologia gastrica e sotto i quali hanno trovato ospitalità stati patologici oggi definibili con il sussidio radiologico.

BIBLIOGRAFIA.

ALLODI. Minerva Med., 1927, n. 35, p. 1386; Ibid., 1928, n. 16, p. 927; Ibid., 1928, n. 45, p. 1074.
BÁRSONY. Wien. Klin. Woch., 1926, n. 6 e n. 20.
ID. Ibid., 1929, n. 32, p. 1497.
CHAOUL. Dtsch. Zeitschrf. f. Chir., 1929, vol. 214, p. 351.
CIPRIANI e LUCCA. Minerva Med., 1927, n. 15, p. 557.
DE BENEDETTI. Policlinico, Sez. Prat., 1927; Policlinico, Sez. Med., 1927; Riv. di Clinica Med., 1927, n. 2-3.
GIRARDI. *Diagnostica clin. della funz. gastr.* Ediz. Minerva Med., 1925.
LEWIN. Arch f. Verdauungskr., vol. 40, fasc. 5-6, p. 405; Ibid., vol. 44, fasc. 3-4, p. 257.
LEWIN, MAKAREWITSCH e SISSMANN. Idib., vol. 44, fasc. 5-6, p. 338.
MISSKE. *Ueber den direkten röntgenologischen Nachweis des Ulcus duodeni.* In KRAUS e BRUGSCH; Spez. Path. u. Ther., etc., Ergbd. III, p. 201.
SALOTTI. Riunioni Medico-chirurgiche-radiologiche dim. del Piemonte. Seduta nov. 1929.
STARY e MAHLER. Zeitschrf. f. Klin. Med., 1926, vol. 104, fasc. 3-4.
Verhandlungen der Gesellschaft für Verdauungskr, etc. VII Tag., 1927, ediz. Thieme, Lipsia, 1928.

COMMENTI.

A proposito di un nuovo apparecchio per il pneumotorace

per il dott. G. LUZZATTO-FEGIZ
med. on. del Sanatorio *C. Battisti* - Roma.

In una nota comparsa sul *Policlinico*, Sez. pratica, vol. XXXVI, fasc. 49, dell'anno in corso, il prof. Fazzari propone un nuovo istrumentario per il pneumotorace, che presenterebbe il vantaggio di eliminare alcuni inconvenienti legati all'impiego degli aghi e degli apparecchi comunemente in uso. L'ago e l'apparecchio del Fazzari (per la cui descrizione rimando il lettore all'articolo sucitato) avrebbero i seguenti vantaggi:

1) non si verrebbe mai a stabilire una comunicazione tra pleura ed aria esterna, anche quando si sia costretti a levare o rimettere per più volte il mandrino nell'ago; ciò garantisce l'operatore dall'inquinamento del cavo pleurico con l'aria atmosferica proveniente direttamente dall'esterno;

2) verrebbe facilitata l'operazione di apertura e chiusura della via al manometro rispettivamente al serbatoio del gas;

3) l'operatore potrebbe fare tutto con una mano sola.

Senza volere entrare in merito alla quistione se sia opportuno di aumentare ulteriormente il numero veramente enorme di apparecchi ed aghi da pn. esistenti in commercio, ritengo non inutile fare alcune brevi considerazioni basate sopra una pratica pneumotoracica di molti anni e sopra parecchie centinaia di rifornimenti.

Credo anzitutto di poter affermare che è assolutamente ingiustificato il timore di inquinamenti del cavo pleurico con aria che penetri attraverso l'ago direttamente dall'esterno. Da molti anni io adopero nei rifornimenti quasi esclusivamente *aria atmosferica non filtrata* e come me credo facciano molti tisiologi in Italia e fuori. Mai ebbi a lamentare inconveniente alcuno e la frequenza dei versamenti parapneumotoracici da me osservati (la cui patogenesi del resto abbastanza varia e complessa non è certo in rapporto, almeno nella gran maggioranza dei casi, con inquinamenti provenienti dal gas adoperato) si è mantenuta a quel livello che le statistiche di tutti i paesi hanno ormai fissato come media.

Ma c'è di più. In alcuni casi di idropneumotorace in cui dovetti intervenire d'urgenza con una pneumotoracentesi, eseguii, non disponendo sul momento dell'apparecchio del Morelli, la toracentesi « aperta ». Come si sa

essa consiste nella evacuazione dell'essudato mediante una grossa siringa innestata ad un comune ago da puntura esplorativa. Mentre si vuota la siringa dell'essudato con essa aspirato, si lascia penetrare attraverso l'ago infisso nel torace l'aria atmosferica che ad ogni inspirazione gorgoglia attraverso il liquido portandosi nel soprastante pn. Nemmeno con questo sistema, certamente un po' primitivo (specialmente perchè non permette di dosare la quantità d'aria che entra in cavità) non si determinò il tanto temuto inquinamento del pn., ciò che data la presenza di un versamento (terreno ideale di cultura per i germi) avrebbe dovuto verificarsi con estrema facilità.

Del resto non mi pare fuori di posto il richiamo agli interventi sul peritoneo in cui, nonostante il contatto di vaste zone di sierosa con l'aria dell'ambiente, questa non determina mai un inquinamento della cavità peritoneale qualora la tecnica del chirurgo sia stata corretta. Comunque se per altra ragione all'infuori di quella testè menzionata (ad es. volendo misurare esattamente il quantitativo di gas che viene introdotto) si vuole evitare la penetrazione dell'aria atmosferica, si potrà ricorrere con vantaggio ad uno dei tanti aghi esistenti in commercio fra i quali risponde ottimamente quello di Carpi in cui il rubinetto si chiude automaticamente non appena viene estratto il mandrino.

Per quanto riguarda la comodità di operare con una mano sola, vantata dall'Autore nell'impiego del suo apparecchio, non vedo quale sia l'inconveniente di girare il rubinetto a tre vie dell'apparecchio Forlanini una volta infisso l'ago, con la mano rimasta libera. Gli eventuali spostamenti dell'ago (del resto inevitabili) si leggono dal manometro.

Di più l'aver portato il dispositivo di chiusura ed apertura del gas sull'ago, eliminando il rubinetto a tre vie dell'apparecchio, non può, a mio modo di vedere, non suscitare in chi l'adoperi giustificati timori. Un eventuale guasto dei rubinetti automatici che con le ripetute sterilizzazioni che l'ago deve subire, non dovrebbe essere escluso, potrebbe determinare l'involontario passaggio di gas, mentre ad es. la punta dell'ago si trova in un vaso sanguigno.

Concludendo mi pare che il nuovo istrumento oltre ad essere ispirato a criteri teorici che la pratica giornaliera ha dimostrato inesatti, non risponde a quei requisiti di praticità e sicurezza che invece gli apparecchi comunemente in uso, sopratutto quello di Forlanini e quello di Morelli, realmente possiedono.

Roma, dicembre 1929 - VIII.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Diagnosi precoce del cancro dello stomaco.

(*The Lancet*, 3 sett. 1929).

Alla riunione annuale della British Medical Association tenuta quest'anno a Manchester la sezione di radiologia e radioterapia ha ascoltato e discusso una relazione di Haudek (di Vienna). Egli dopo aver notato che nelle ultime decadi in Germania la durata media della vita è salita da 38 a 57 anni e che, passata l'età media, la causa più frequente di morte dopo le cardiopatie è il cancro, osserva che nel 35-40 % dei morti per cancro si tratta di cancro a inizio gastrico. Molte migliaia di casi di cancro dello stomaco sono stati diagnosticati coll'aiuto dei raggi X e il numero dei cancri riconosciuti inoperabili alla laparotomia è diminuito dal 73,8 % (dal 1901 al 1914) al 62,1 % (dal 1915 al 1925) secondo le statistiche di Eiselsberg a Vienna. Sono pure diminuite di numero le laparotomie inutili e semplicemente esplorative. Ai raggi X si deve l'aumento delle resezioni gastriche per carcinoma (22 % nel 1908, 40 % nel 1924). Però ancora il 60 % degli interventi è fatto troppo tardi. Tre cause ritardano la diagnosi radiologica del cancro gastrico: 1) il periodo clinicamente latente della malattia; 2) il ritardo dell'esame radiologico dovuto alla latenza e all'inesatta valutazione della gravità dei primi sintomi; 3) l'errato esame radiologico.

Per la *tecnica* Haudek fa prima la storia della malattia, poi l'esame radioscopico del torace per escludere aneurismi, tbc. polmonare, pleurite, metastasi tumorali nel polmone, cancro bronchiale. Poi a paziente in piedi palpa l'addome per vedere se la parete ha resistenza o no.

Il malato deve già aver preso 4 ore prima un pasto di avena con 70 g. di solfato di bario (per la prova della motilità). Nella stenosi pilorica se ne vede un abbondante residuo, una piccola quantità posta su un tratto di superficie gastrica si può vedere nel cancro ulcerato. Si fa poi ingerire il secondo pasto (120 g. di bario in 300 cmc. di liquido) seguendo il suo percorso nell'esofago. Se c'è ritardo al passaggio esofageo o disfagia dà una capsula di gelatina con 1 g. di bario; se passa dopo ingestione di un po' d'acqua si può escludere la stenosi; l'arresto però è importante nella diagnosi di cancro del cardias. Poi procede all'esame dello stomaco.

Per lo più basta un esame solo; per la mobilità qualche volta è necessario rivedere il malato il giorno seguente.

Haudek non adopera per questi esami i guanti di gomma ritenendo sufficiente protezione lo spessore del corpo del malato.

Egli ha visto pochi casi con piccole tume-

fazioni, molti con tumori operabili e moltissimi con tumori inoperabili.

Nella pars pilorica riesce difficile la diagnosi fra ulcera e cancro. Il 30 % delle ulcere prepiloriche hanno poi degenerazione maligna, mentre questo succede solo nel 3 % per la pars media. Però il radiologo non dovrebbe mai assumersi la responsabilità di differire un intervento, considerando un tumore come probabilmente non maligno.

Alla discussione che seguì questa comunicazione parteciparono Barclay (di Cambridge), Bull e Scott (di Londra) e Rowden (di Leeds).

Barclay domanda ad Haudek se può dare una spiegazione dello svuotamento rapido spesso notato nei primi periodi del cancro ovunque situato. Egli insiste sulla frequente necessità di ripetere l'esame radiologico.

Bull osserva come risultato della sue esperienza di clinico che si occupa di radiologia che nessun metodo diagnostico del cancro gastrico uguaglia l'esame radiologico.

Scott domanda che importanza Haudek attribuisce nella differenziazione fra lesione semplice e lesione maligna alla peristalsi che si produce proprio al disopra del margine della lesione.

Rowden dice che nell'età del cancro l'ostruzione del piloro con stomaco piccolo è dovuto sempre a processo con evoluzione maligna, il che non è se lo stomaco è grande.

Haudek risponde a Barclay che egli attribuisce il rapido svuotamento alla rigidità del piloro infiltrato in cui, sebbene il suo lume sia ridotto di calibro, esiste però una difficoltà alla chiusura completa. Lo stomaco dilatato è frequente nell'ulcera, raro nel cancro.

R. Lusena.

La perforazione del cancro dello stomaco in peritoneo libero.

(J. Chavannaz e S. Radoiévitch. *Revue de Chirurgie*, 1928).

Gli AA. dopo aver notato come scarse ed imprecise siano le odierne conoscenze su questo argomento perchè basate su comunicazioni isolate, onde poter presentare un lavoro d'insieme, hanno ricercato nella letteratura tutti i casi di perforazione di cancro dello stomaco in peritoneo libero.

Da questa ricerca hanno potuto rinvenirne 47 che analizzati convenientemente han permesso di trarne le seguenti conclusioni:

1) La perforazione è un accidente raro, ma possibile e sul quale bisogna avere conoscenze esatte;

2) La perforazione avviene di preferenza in soggetti di età avanzata e di sesso maschile: fatto assai comprensibile se si pensa che appunto in quei soggetti è più frequente il cancro dello stomaco;

3) La perforazione è, nella maggioranza dei casi, unica ed è situata in corrispondenza della faccia anteriore dello stomaco, in vicinanza del piloro;

4) La perforazione si manifesta in un certo numero di casi con una sintomatologia analoga alla perforazione da ulcera gastrica; ma qualche volta i sintomi sono così attenuati che il quadro clinico ne viene del tutto variato.

I fatti addominali possono inoltre passare completamente inavvertiti, tanto da condurre fino alla morte senza che si sia neppure sospettata l'esistenza di lesioni intra-peritoneali;

5) La diagnosi di perforazione di carcinoma in peritoneo libero è spesso assai difficile;

6) La morte segue ogni perforazione lasciata a sè stessa;

7) L'intervento chirurgico soltanto può dare qualche speranza di successo, e sarà tanto più valevole quanto più precoce.

La sutura della breccia gastrica seguìta o meno dalla gastroenterostomia è abitualmente l'operazione di scelta; da notare però che in sette casi è stato possibile la resezione seguìta da successo;

8) La resezione in secondo tempo è indicata quando le condizioni generali dell'infermo, e la estensione della lesione lo permetteranno.

Filippa.

Contributo alla piloro-miotomia sec. Payr.

(Hilarowicz. *Zentr. f. Chir.*, 1929, vol. 56, n. 10, pag. 590).

L'A. ha avuto occasione di raccogliere i risultati a distanza di 11 piloromiotomie. In 8 casi i risultati sono stati ottimi.

L'intervento è indicato in pazienti che hanno dolori gastrici sul tipo di quelli provocati da un'ulcera duodenale, ma in cui si osserva un contrasto tra l'intensità dei disturbi e la durata dell'affezione; spesso si ha vomito che abitualmente, manca nell'ulcera duodenale non stenosante; manca anche la periodicità nel dolore, il reperto radiologico è negativo o dimostra appena un riempimento irregolare del bulbo, la cura medica è inefficace.

All'intervento non si rinviene nessuna alterazione tranne un ispessimento del piloro.

La malattia è quindi rappresentata da questo stato di spasmo pilorico che può esser dovuto a moltissime cause.

Per una buona riuscita dell'intervento è necessario che la mucosa non venga assolutamente aperta, il che è difficile.

L'A. consiglia di prendere l'anello pilorico fra il pollice e l'indice della mano sin.; in questa maniera le fibre muscolari si tendono e si divaricano appena incise trasversalmente. La ferita siero-muscolare viene suturata a punti staccati in senso opposto.

Valdoni.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Contributo alla cura dell'empiema pleurico acuto non tubercolare.

(R. DEMEL. *Arch. Klin. Chir.* Vol. 155, pagg. 547-576, 1929).

L'intervento più semplice è la puntura evacuativa che è stata tentata in tutte le forme di empiema ad eccezione delle settiche e gangrenose. Può essere indicata negli empiemi che si accompagnino a spostamento del mediastino in cui è bene vuotare lentamente l'essudato.

È indicata ancora nelle forme iniziali quando l'essudato non è nettamente purulento, nelle forme bilaterali o quando il paziente sia in gravi condizioni generali. Alcuni chirurgi hanno usato con successo la puntura negli empiemi metapneumonici dei bambini e anche in quelli in adulti. Di rado può portare a guarigione completa mentre si presenta di grande utilità perchè permette al polmone di espandersi e quindi evita il collasso totale dopo l'intervento e perchè, eliminando l'essudato, disintossica il paziente. È quindi un mezzo curativo molto importante di cui occorre tenere sempre gran conto.

Il metodo che è usato più correntemente, quello del drenaggio aperto dopo pleurotomia con o senza resezione costale, dovrebbe venire abbandonato come il più grave intervento. Il pneumotorace conseguente è un trauma grave che può portare rapidamente a morte l'infermo. Solo l'apertura della pleura sotto differente pressione può diminuire il rischio. Tuttavia vi sono alcune forme in cui è necessario di praticare questo intervento. Così negli empiemi originati da rottura di un ascesso o di una gangrena del polmone, nei processi settico-flemmonosi della pleura, nelle forme croniche, negli empiemi con coltroni fibrinosi e infine nei casi in cui è rimasta senza successo una cura fatta con l'aspirazione. Gli empiemi interlobari richiedono sempre l'apertura ampia della pleura.

Si è cercato di ovviare agli inconvenienti della pleurotomia ampia con il fissare a tenuta d'aria nella ferita un tubo di gomma provvisto di un dispositivo valvolare che impedisca l'entrata dell'aria e il susseguente pneumotorace. Questo metodo presenta delle difficoltà di applicazione sia perchè è difficile di mantenere la tenuta, sia perchè i depositi fibrinosi possono ostruire il tubo. Si è cercato di porvi riparo con l'iniettare nella pleura soluzioni di pepsina.

Un miglioramento del metodo è stata l'associazione della resezione costale con l'aspirazione dell'essudato attraverso un tubo fissato a tenuta nella ferita. L'aspirazione viene praticata con una pompa ad acqua o con altri sistemi.

L'A. ha applicato nella Clinica di Vienna un suo metodo che è la modificazione di quello proposto dal Buzzi. E precisamente introduce negli spazi intercostali, sopra e sotto una costola, due tubi metallici fenestrati curvi che possono unirsi ad anello subito dietro la costola. I due tubi sono collegati ad una bottiglia in cui viene fatto il vuoto dallo stesso paziente. In questa maniera si ottiene uno svuotamento lento e continuo dell'essudato e grazie all'aspirazione, il polmone viene sollecitato a distendersi e a rendersi aderente alla pleura parietale. La guarigione è affrettata, mentre i pericoli inerenti all'intervento sono pochi e la tecnica è facile. La pressione negativa può essere variata e regolata dallo stesso paziente in modo facile.

L'A. conclude che in tutti i casi di empiema acuto, la cura debba iniziarsi con la puntura evacuativa seguìta poi dall'aspirazione attraverso un tubo come è descritto sopra. Solo quando questo metodo non porta a guarigione, si sarà autorizzati a una resezione costale, ma in un'epoca in cui il mediastino non potrà spostarsi per le aderenze che si sono create. Solo nei casi di sepsi pleurica è indicata la resezione costale fin dall'inizio, ma eseguita sotto differente pressione.

VALDONI.

Il trattamento degli ascessi intrapulmonari ed interlobari con l'incisione ed il drenaggio.

(LE FORT. *Bull. Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, n. 12, 20 aprile 1929, p. 511).

La distinzione tra gli ascessi del parenchima pulmonare e gli ascessi interlobari è il più spesso impossibile.

Nella maggior parte dei casi l'operazione di scelta è l'apertura ed il drenaggio dell'ascesso. Prendendo in considerazione 11 casi così trattati ottenne 9 volte la guarigione; in 2 si ebbe morte. In uno di questi si trattava di un vecchio in condizioni generali assai scadenti tali da esservi controindicazione per l'operazione.

L'A. insiste nel concetto che lo stesso chirurgo debba rendersi conto della lesione radioscopicamente; la radiografia dà un'immagine incompleta. Sono operabili solo gli ascessi unici. Infatti nel secondo paziente venuto a morte si trattava di un ascesso doppio.

L'ascesso polmonare, aprendosi nei bronchi, si complica in gangrena polmonare, per la quale occorre innanzi tutto un trattamento sieroterapico precedente all'operazione.

Occorre operare in anestesia locale negli adulti. Per evitare l'apertura dell'ascesso nei bronchi ed il suo vuotamento occorre operarlo in posizione declive inversa.

Nel resecare le costole bisogna rispettare il periostio profondo per non aprire la pleura,

per lo più aderente ad esso quando vi sono aderenze pleuriche. Ma se non vi sono aderenze, occorre fissare la pleura al polmone nei movimenti espiratorii, con punti fissati a 2-3 la volta, per evitare lacerazioni.

L'A. fa rilevare che la puntura esplorativa dà dei risultati incostanti. Se la pleura è aderente al polmone, si seziona questo con termocauterio fino all'ascesso. Nel caso che non si raggiunge l'ascesso si applichi un drenaggio (di richiamo).

Aperto l'ascesso e drenato, si fissa il tubo alla parete.

Raccomanda la preparazione dell'autovaccino del pus ascessuale; l'uso di esso e la ginnastica pulmonare in espirazione bloccata rappresentano un buon trattamento postoperatorio.

JURA.

MEDICINA SOCIALE.

Il problema della miopia scolastica.

(VITA. *La Pediatria del med. prat.*, n. 6, 1929).

È un argomento a cui l'A. porta un valido contributo allontanando quel comune pregiudizio che la scuola e il sopralavoro che in essa si compie, siano la causa della miopia.

La miopia, che si sviluppa sempre nella vita extrauterina, può assumere due forme: quella grave, che si sviluppa prima del periodo scolastico, e progredisce negli anni, e quella lieve, la quale compare più tardi, durante il periodo scolastico, e progredisce di poco in seguito, mantenendosi sempre in limiti tali da essere facilmente corretti dall'uso delle lenti.

La ragione che aveva fatto attribuire alla scuola l'origine della miopia, era stata l'osservazione che tale vizio oculare era molto più diffuso tra gli studiosi, tra coloro che leggevano molto in rapporto agli analfabeti.

Ma quando gli oculisti hanno cercato di conoscere il meccanismo dell'insorgenza di tale miopia, son sorti tali contrasti di idee, e tante diverse teorie patogenetiche, che la sola considerazione di esse giustifica l'insostenibilità della scuola come fattore di miopia.

Furono così portate in campo la teoria accomodativa, la teoria della convergenza, la teoria della forza di gravità, fatica della visione, forma del cranio e dell'orbita, deficiente illuminazione, deficiente stato di salute generale ecc.; di tali teorie il Vità discute ampiamente, illustrandone i lati reali e quelli ipotetici.

Allo stato attuale le teorie che meglio possono spiegare la miopia sono quelle dell'ereditarietà e della costituzione. I diversi tipi biologici possono spiegare a sufficienza perchè la refrazione oculare sia diversa, come tutti i caratteri somatici e psichici, da individuo a individuo. E nella successiva selezione attraverso il tempo, per la necessaria adattabilità umana, la miopia lieve è diventata appannaggio delle persone della classe media, di cui costituisce un frequente carattere costituzionale ereditario, mentre la miopia grave, è diffusa in ogni ceto di persone, e costituisce un fatto patologico in tutto il suo significato.

Dal punto di vista scolastico, i miglioramenti apportati alla scuola, in seguito al presupposto d'una miopia d'origine scolastica, mentre non hanno apportato alcuna diminuzione dei casi di miopia lieve, consigliano in tali alterazioni oculari di non premere con consigli di riposo e di diminuzione di lavoro su tali soggetti, data la loro dubbia efficacia. Il medico penserà a correggere opportunamente il vizio di rifrazione.

Per i casi di miopia grave, bisogna usare maggiori precauzioni: applicare occhiali capaci di diminuire il vizio oculare, e consigliare i parenti d'indirizzare il bambino verso una professione in cui non vi sia la necessità di usare il potere visivo, in modo superiore a quanto il vizio di rifrazione possa concedere.

Il concetto terapeutico non deve limitarsi soltanto al suggerimento di occhiali, ma questi devono essere opportunamente scelti, in modo da non arrecare disturbo al paziente, nel desiderio di ottenere una completa correzione della miopia. CARUSI.

Eredità e consanguineità nelle malattie oculari in rapporto alla eugenica.

(P. MORGANO. *Riv. Sanit. Sicil.*, n. 11, giugno 1929).

È un dettagliato articolo statistico, in cui l'A., con abbondanti citazioni, dimostra come alcune malattie oculari si debbano ascrivere ad una condizione ereditaria, e più frequentemente ad unioni tra consanguinei.

La miopia, la retinite pigmentosa e le altre forme speciali di degenerazioni ereditarie della retina, la degenerazione ereditaria del nervo ottico, il glaucoma, l'aniridia congenita, la cataratta genitale congenita, la sindrome della sclerotica azzurra, l'oftalmoplegia familiare, una forma speciale di strabismo convergente, il nistagmo essenziale familiare ed ereditario, l'acromatopsia parziale ed albinismo: son tutte alterazioni oculari che trovano numerosi esempi di origine ereditaria patologica, spesso dipendenti da discendenti tarati per matrimoni tra consaguinei.

S'impone pertanto una profilassi capace di diminuire le alterazioni oculari ereditarie, le quali per la loro natura non sono curabili, e fatalmente danno origine ad una più o meno precoce cecità.

La profilassi migliore consiste nel cercar di impedire i matrimoni tra consanguinei e fra individui affetti da tali malattie.

Ma perchè ciò non si può ottenere con una disposizione obbligatoria, è necessario stimolare la propaganda, fatta con ogni mezzo, di modo che il pubblico si possa render conto dei pericoli a cui si espongono coloro che son malati sposandosi, e cerchino di evitare quegli accoppiamenti che metterebbero al mondo degli esseri privi del miglior dono: la luce degli occhi. CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1).

O. FÜRTH. *Lehrbuch der Physologisch und Patologischen Chemie.* II. Band VI F. C. W. Vogel. Leipzig, 1928.

È l'ultima parte del trattato di chimica fisiologica e patologica del prof. Fürth. Comprende le ultime tredici lezioni, di cui cinque dedicate al ricambio dei grassi, le altre alla alimentazione, al ricambio nel digiuno e nella denutrizione cronica, all'avitaminosi, al ricambio energetico, ai fermenti ed alla febbre.

Fra i capitoli più notevoli per modernità di vedute e ricchezza di dati apportati dalle più recenti conoscenze, ricorderemo quello della chetogenesi e dell'acidosi e quello del ricambio gassoso.

L'opera, presentata in ottima veste editoriale, vale a completare, aggiornandole, le nostre conoscenze su molti capitoli della fisiopatologia del ricambio e sarà letta con molta utilità tanto dallo studioso che dal medico pratico e dallo studente. TOSCANO.

J. J. BARCIA GOYANES. *La vida, el sexo y la herencia.* Un vol. in-16°, di 236 pag., con fig. J. Morata ed. Madrid, 1929.

Dopo un'introduzione in cui esamina la vita e la sua obbiettivazione, l'individualità e le varie interpetrazioni dell'essere vitale, l'A. passa a considerare la riproduzione, la fecondazione, le leggi generali dello sviluppo e le diverse questioni connesse con l'eredità e la genetica e, da ultimo, la storia, i fatti positivi e le moderne teorie della evoluzione. Ad ogni capitolo segue un elenco di opere importanti sull'argomento.

L'A., che è titolare della cattedra di anatomia descrittiva ed embriologia dell'Università di Salamanca, ha qui esposto i principî fondamentali delle questioni che esamina, in modo da darne un'idea chiara e da invogliare lo studioso ad addentrarsi in questi interessanti problemi. *fil.*

Archivio di Scienze biologiche. Numero dedicato al prof. F. BOTTAZZI. Un vol in-8° di 712 pag. con fig. Stab. Tipografico N. Jovene. Napoli, 1928.

In occasione del XXV anno d'insegnamento del prof. F. Bottazzi che come è noto, è ordinario di Fisiologia alla R. Università di Napoli, amici, allievi ed estimatori hanno riunito numerosi ed importanti lavori, dedicandoli a Lui in un numero speciale dell'Archivio di scienze biologiche. Oltre a biologi italiani (Fano, Herlitzka, Foà, De Blasi, Gemelli, Patrizi, Pugliese ed altri) troviamo i nomi di biologi stranieri, fra cui Abderhalden, Sherrington, Zunz, Barcroft ed altri. Un insieme di 57 studi notevoli, nei più svariati campi della fisiologia, i quali, nel nome augusto di F. Bottazzi, onorano degnamente la scienza. *fil.*

I. CLUZET. *Précis de Physique Médicale.* Vol. in-8°, 3ª ediz. di pag. 840 con 446 fig. e 14 tav. G. Doin, Paris, 1929. Fr. 70.

Il libro comprende due parti: la prima che riguarda lo studio della fisiologia umana mediante i procedimenti fisici, e la seconda che è l'esposizione elementare dei metodi di elettrodiagnostica, di radiodiagnostica e di psicoterapia.

In ragione dei recenti progressi della fisica e dello sviluppo delle sue applicazioni mediche in questi ultimi anni, naturalmente questa nuova edizione ha subìto numerose ed importanti trasformazioni ed aggiunte. Vi si notano così, completamente nuovi, i capitoli sulla proprietà dei colloidi, sulla viscosità, sul Ph, sulla legge di Weiss e la cronassia; modificazioni sostanziali sono state pure apportate ai capitoli dell'actinoterapia, della diatermia, della radio e curie-terapia.

Numerosi schemi di apparecchi e d'installazioni elettroradiologiche, varie tavole a colori infine i magnifici risultati presentati dall'A. sotto forma di tabelle, contribuiscono a dare un carattere essenzialmente pratico a questo Manuale di Fisica Medica. A. P.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 24 gennaio 1930.

Presidente: Prof. A. FERRATA.

Pseudoleucemia linfatica.

Prof. A. FERRATA e Dott. A. FIESCHI. — Gli OO. riferiscono di un ammalato che presentava un ingrossamento sistematico di tutte le ghiandole linfatiche, scompagnato da qualsiasi altra manifestazione clinica notevole, nel quale l'esame del sangue aveva documentato una marcata leucopenia con linfocitosi relativa. L'esame di tutti gli organi emolinfopoietici documentò trattarsi di una forma sistematica, a tipo iperplastico linfoadenoide, e l'arricchimento del sangue circolante dimostrò la presenza di molte cellule immature; gli OO., dopo aver brevemente discusso la diagnosi differenziale, si chiedono se in realtà anche per le altre forme, che sono definite come pseudoleucemie, l'espediente dell'arricchimento non possa documentare la reale natura leucemica del processo, anche se, come nel caso in esame, si tratti eventualmente di uno stato leucemico leucopenico.

Su una singolare malattia in un allevamento di polli.

E. VERATTI. — L'O. descrive una singolare malattia manifestatasi in modo enzootico in un allevamento di galline selezionate allo scopo di ottenere una produzione intensiva di uova, consistente in una pielonefrite da infarti urici; propone un metodo per lo studio istologico dei depositi urici nei tessuti e riferisce alcune esperienze fatte per riprodurre sperimentalmente la malattia, dalle quali risulta che il ristagno dell'acido urico nel rene, probabilmente dipende da un disturbo nella eliminazione dell'urina.

Su la divisione diretta degli eritrociti circolanti della rana.

R. FERRARI. — L'O. ha constatato durante la rigenerazione del sangue della rana salassata un vivacissimo processo di amitosi degli eritrociti circolanti maturi, ed un processo di cariocinesi esclusivo delle forme eritrocitarie immature. Tale referto fa pensare che negli eritrociti, già differenziati della rana, la facoltà di riproduzione della cellula sia perfettamente conservata ed avvenga per amitosi e che la differenziazione delle cellule eritroblastiche sia invece intimamente legata al processo di proliferazione per cariocinesi.

Furono inoltre osservate le fasi della separazione di porzioni di citoplasma emoglobinico degli eritrociti circolanti, le quali dimostrano la genesi degli eritrociti privi di nucleo del sangue di rana. *Il Segretario*: F. RICCI.

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 30 novembre 1929.

Presidente: Prof. Dott. RINALDO CASSANELLO.

Divagazioni mediche su gli sports nautici.

Prof. Dott. LEONE SESTINI. — L'O. prendendo partitamente in esame i vari sports nautici, illustra il concetto della necessità o quanto meno della grande opportunità che questi esercizi, come è stato già fatto per molti sports terrestri, siano sottoposti al controllo strumentale scientifico per giudicarne in pieno il valore fisiologico ed igienico e misurarne l'importanza che hanno per l'educazione fisica e la rigenerazione somatica della massa e del singolo individuo e fa alcune proposte pratiche in proposito.

Esperienze sul valore della reazione di Davis.

Dott. LEOPOLDO PAITA. — La reazione di Davis si pratica sulle orine per la diagnosi precoce del cancro. Essa era stata in Italia controllata qualche mese fa dal Magnani il quale si occupò specialmente del campo ostetrico e ginecologico. L'O. ha trattato tutti i campi della patologia, eccetto le malattie acutissime, e ha avuto il 70 % di positività nei tumori; il 24 % nelle gravide normali; il 20 % negli ammalati cronici o comunque subacuti; il 16 % nei sani. Per ciò che riguarda il valore reale della reazione essa non supera buone reazioni già conosciute e usate nelle cliniche, solo ha su queste il merito della estrema semplicità e quello di superare brillantemente lo scoglio della gravidanza. Allo stato attuale delle ricerche non si può pretendere da queste reazioni la diagnosi precoce del cancro, ma siccome una forte specificità esiste realmente, l'O. dice di continuare incessantemente le ricerche, affinchè un bel momento ci sia il fortunato che possa cogliere il punto della quasi assoluta specificità o stabilire in modo inconfondibile le eccezioni.

Esistono "portatori,, di acari della scabbia?

Dott. ANGELO CAMEO. — L'O. descrive un caso recidivante di scabbia il cui contagio verosimilmente era trasmesso da un portatore di acari.

Si tratta della moglie di un navigante, le cui eruzioni scabbiose recidivanti, hanno coinciso con la permanenza in casa del marito, fra un viaggio e l'altro.

Il marito non ha mai presentato alcun segno di malattia, ma la forma recidivante della moglie è definitivamente guarita, solo quando *anche* il marito si è sottoposto ad un trattamento antiscabbioso.

Le esostosi di accrescimento.

Dott. GIUSEPPE CORSI. — Illustrazione di due casi clinici con osservazioni personali sulla patogenesi, sulla diagnosi e sulla terapia delle singolari malformazioni multiple dello scheletro.

Un caso di megaesofago in gravidanza.

Dott. CARLO MARSIGLI. — L'O. riferisce un caso di megaesofago in donna trentacinquenne gravida del IV mese.

Il soggetto in esame presentava spiccata stigmate di vagotonia; pressione arteriosa bassa, Dagnini positivo a 12 batt. al 1'. Le prove farmacodinamiche (atrofina, adrenalina), dettero risultato negativo confermando l'ipotesi. Venne omessa la prova della pilocarpina, dato lo stato particolare della paziente. Il sondaggio dello stomaco non fu possibile, provocando ogni tentativo rigurgito di materiale alimentare indigerito ristagnante nella bocca esofagea. All'esame radioscopico l'esofago appariva notevolmente dilatato, terminante a cuneo a livello del cardias, peristalsi assente. A distanza di tempo vario dall'ingestione del pasto opaco, lo sforzo del cardias cedeva e l'esofago si svuotava passivamente. La paziente fu tenuta in osservazione per tre mesi

e sottoposta a cura sintomatica (bromuri, alcalini); la curva del peso dimostrò una alimentazione sufficiente, per cui non si ritenne opportuno ricorrere ad interventi di ordine chirurgico.

Il caso presenta interesse dal punto di vista pratico, dimostrando la possibilità che la gravidanza possa evolvere regolarmente in donne affette da questa grave affezione.

Seduta del 27 dicembre 1929 (VIII).

Presidente: Prof. Dott. RINALDO CASSANELLO.

La prostatectomia transvescicale nell'età più avanzata.

Prof. dott. RINALDO CASSANELLO. — L'O. fra i suoi operati di prostatectomia transvescicale nell'ultimo decennio, riporta una statistica di 30 interventi praticati in individui la cui età andava dai 70 anni ai 90 anni, con soli tre morti ossia una mortalità del 10 %; mortalità assai bassa considerando appunto l'età così inoltrata nella quale furono praticati gli interventi radicali. Tre sono gli elementi che possono condurre a simili buoni risultati e cioè l'assoluta padronanza della tecnica operatoria, la precisa indagine clinica e funzionale del malato, l'intervento in due tempi nei casi con grave sepsi urinaria.

Coleperitoneo da perforazione spontanea della cistifellea nel corso di una colelitiasi ignorata.

Dott. DOMENICO ROLLAND. — L'O. riferendosi ai lavori di Cotte ed Armand del 1911, di Gosset, Deplas e Bonnet del 1925 e di Mariano Fazio del 1929, accenna all'indiscussa rarità della rottura spontanea della cistifellea nel libero peritoneo e sulla scarsa conoscenza di questa gravissima complicazione della colelitiasi da parte dei medici pratici. Per tale rarità, per la insufficiente conoscenza della sindrome clinica e per le gravi difficoltà diagnostiche, l'O. ritiene utile riferire sopra un caso capitato nell'Ospedale Civile della Spezia nell'ottobre scorso. Illustrato il caso clinico l'O. si sofferma in alcune considerazioni sulla patogenesi, sulla diagnosi e sul trattamento chirurgico. Ritiene che le cause della rottura della cistifellea si debbano restringere a due gruppi:

1) perforazione da decubito esercitato da calcoli;

2) perforazione da infezione delle pareti; e che molto più frequentemente la perforazione sia dovuta al decubito.

Riguardo alla diagnosi, dubita della reale importanza dei sintomi enunciati dal Gosset e pensa che, senza chiari precedenti epatici da parte del paziente, la diagnosi sia addirittura impossibile.

Quanto al trattamento chirurgico ritiene che la colecistostomia con drenaggio peritoneale sia l'operazione di elezione, e la colecistectomia l'operazione ideale, mentre sono da scartarsi altre forme di interventi incompleti ed accenna ai criteri che deve seguire il chirurgo per decidersi caso per caso per l'una o l'altra operazione.

L'O. conclude affermando che il coleperitoneo da rottura spontanea della cistifellea è sempre un accidente abbastanza raro; che la sua causa più frequente si deve ricercare nel decubito esercitato dai calcoli; che la diagnosi è sempre difficile e, se non sorregge l'anamnesi, spesso impossibile; che come procedimento operatorio il chirurgo si deciderà caso per caso o per la colecistostomia, sempre con drenaggio peritoneale, resecando nel secondo intervento quanto più sia possibile della cistifellea, e che la prognosi, sempre grave, dipende dalla setticità più o meno elevata della bile e sopratutto dalla precocità dell'intervento chirurgico.

Cancro e trauma.

Dott. UMBERTO SEVERI. — L'O. riferisce un caso capitato alla sua osservazione. Si tratta di una donna che ebbe un trauma violento alla mammella sinistra e dopo due mesi ha dovuto essere operata di asportazione della mammella colpita per un esteso carcinoma con metastasi all'ascella corrispondente. La diagnosi è stata confermata dall'esame istologico.

Dopo aver passato in rassegna le varie teorie etio-genetiche del cancro, l'O. si sofferma sulla teoria traumatica che va acquistando un'importanza sempre maggiore sia per il contributo clinico che sperimentale.

Conclude che nella grande incertezza che regna ancora sull'oncogenesi, bisogna riconoscere al trauma un valore non indifferente, ma in una grande infinità di casi, esso solo non riesce a darci una spiegazione sufficiente, ed è necessario invocare l'intervento di altri fattori.

Sul nervo trigemino.

Dott. FAUSTO SESTINI. — L'O. trae occasione dalle recenti applicazioni di una terapia generale che avrebbe per base la stimolazione del trigemino, per ricordare la morfologia di questo nervo, la sua costituzione e le zone da esso innervate. Correda la esposizione con la presentazione di vari schemi che dimostrano anche i rapporti che il V paio prende con i nervi cranici, sia nei nuclei terminali (per la porzione sensitiva) sia alla periferia, sovratutto per mezzo dei suoi gangli, con gli altri nervi cranici e quelli, ripetuti, col simpatico. La presenza della branca motrice ne accentua i caratteri di n. spinale.

Nei riguardi della innervazione nasale viene ricordato come oltre all'innervazione semplice dall'olfattivo, quella sensitiva del V, debba ricordarsi quella dovuta al n. terminale. Secondo ricerche recenti (Sochbuston-Favaro) terminerebbe all'organo vomero-nasale, assieme al n. di questo nome. È stato assunto come nuovo paio (II) di nervi cranici, ma ha anche caratteristiche simpatiche.

La fisiologia e la fisiopatologia del nervo trigemino, sono note anche nell'uomo per gli interventi chirurgici che non di rado si sono portati sui suoi rami o sul g. di Gasser. La patologia ne è fissata in quadri di cui i principali sono: la sindrome gasseriana, le nevralgie sintomatiche o riflesse, le nevralgie dette idiopatiche. Per quanto vasto il territorio del trigemino e le sue funzioni (sensitive, motorie, trofiche e secretive) e molto ampio ne sia il quadro della patologia, le conoscenze attuali non ci permettono di affermare che esso possa avere importanza maggiore degli altri nervi con cui ha rapporto (ad es.: il X).

Viene anche esposto il metodo di riproduzione a mezzo del fluorigrafo.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Nuovi punti di vista nella questione dell'epilessia.

F. H. Lewy (*Die Medizinische Welt*, n. 1, 1930) dopo aver ricordato alcune delle antiche idee sulla epilessia, dai tempi di Esculapio a Boerhave, insiste sul dovere che ha il medico di indagare a fondo sulla causa e sulla natura di ogni caso di epilessia, per potere poi applicare la terapia adatta al caso singolo; così in molti individui la malattia potrà essere prevenuta, e molti potranno essere guariti da un intervento chirurgico.

Epilessia non è una malattia, ma una sindrome, e non si deve più oggi distinguere un'epilessia genuina da una sintomatica, poichè vi sono solo epilessie sintomatiche anche se non di ogni caso è possibile riconoscere la causa.

L'epilessia non è una neurosi, ma rappresenta la reazione del cervello a stimoli diversi.

Parlando dell'etiologia della malattia, l'A. ricorda come l'eredità può portare ad una debolezza costituzionale del sistema nervoso (lues, alcoolismo dei genitori).

La maggiore importanza tra i fattori etiologici spetta alle formazioni cicatriziali, consecutive a infezioni della vita intrauterina o della prima infanzia (encefaliti), o a traumi subìti durante il parto.

La lues congenita è una causa frequente di epilessia, che a volte sfugge, poichè le reazioni di laboratorio spesso sono negative.

La sifilide acquisita, già nel periodo secondario può essere causa di convulsioni, che, come le gomme del periodo terziario, risentono molto favorevolmente della terapia specifica, a differenza delle endoarteriti luetiche. Ma anche una lues meningea curata con successo può dare occasione ad un intervento operativo, per cicatrici da aracnoiditi. A volte i casi resistenti alla terapia ordinaria, traggono vantaggio dalle iniezioni endorachidee di autosiero salvarsanizzato secondo Swift-Ellis.

Tubercoli solitari e focolai meningitici tubercolari circoscritti possono agire come tumori, e come questi richiedere un trattamento chirurgico.

Ogni trauma del capo può essere causa di alterazioni cerebrali con tendenza ad attacchi epilettici, anche senza lesioni ossee dimostrabili; e l'intervallo fra trauma e primo attacco può essere anche di molti anni.

L'avvelenamento da ossido di carbonio può produrre alterazioni progressive dei vasi e attacchi epilettici a distanza di anni.

Fra le cause occasionali provocatrici dell'attacco, l'A. annovera i disturbi gastro-intestinali, alcune infezioni (scarlattina, tifo), la gravidanza, l'acidosi che si ha nell'uremia, nell'eclampsia, nel coma diabetico, i forti stimoli dolorosi (lo spuntare dei denti nei bambini, fimosi, pleuriti, polipi nasali, ecc.). Ma il fattore più importante e più frequente di tutti gli altri mezzi insieme, è l'alcool.

Passando a parlare della *patogenesi* dell'attacco, l'A. enumera i fattori che abbassano la soglia fisiologica dello stimolo; l'eredità, l'influenza delle glandole endocrine, la pubertà, la gravidanza, la menopausa, la costituzione simpatico-tonica (non è però molto raro trovare l'epilessia in soggetti vagotonici).

Possiamo rappresentarci l'attacco come un eccitamento sulle cellule nervose che passa successivamente da un centro ai vicini, come sperimentalmente si può determinare con la corrente faradica.

Molti fatti sono a favore dell'importanza decisiva di processi vascolari; si tratta a volte di alterazioni funzionali, a volte di alterazioni organiche del cervello o delle meningi; la regione corticale motoria è sempre partecipe, quando vi sono convulsioni. Necessaria è l'accurata osservazione del medico per stabilire il modo di inizio e il decorso dell'attacco. Può servire a provocare l'attacco per determinare la zona epilettogena, l'iperventilazione (che agisce come alcalosi), che O. Foerster fa sistematicamente, eventualmente associata con iniezioni endovenose di adrenalina.

L'A. classifica quindi i sintomi dell'epilessia in psichici, motori, sensitivo-sensoriali e viscerali, e descrive quindi brevemente il comportamento psichico degli epilettici, l'aura, il grande attacco, i piccoli attacchi (le petit mal), gli equivalenti motori e sensitivo-sensoriali.

Per quanto riguarda la *cura*, l'A. parla dell'igiene del malato, dell'idroterapia (brevi docce, bagni a 35 gradi di 15 minuti), e, fra i medicamenti, del bromo (secondo Charcot) associato a dieta povera o priva di cloruro di sodio, e del luminal, il quale va dosato individualmente, essendo variabilissima la quantità necessaria a impedire gli attacchi a seconda del soggetto.

F. B.

La natura del parkinsonismo.

Crithsley (*Brain*, vol. 53, parte I, 1929) ricorda che accanto alle forme classiche, esiste un parkinsonismo arteriosclerotico, che si distingue dalle altre per l'inizio brusco, la frequente concomitanza di sintomi psichici, il minor tremore, ecc.; le lesioni anatomo-patologiche sono localizzate al Pallidum e alla Subst. nigra. Il parkinsonismo è dunque una sindrome che può dipendere da cause varie.

V. SERRA.

SEMEIOTICA.

Su alcuni recenti sussidî diagnostici dell'ipertensione arteriosa.

Se ne occupa T. C. Hunt (*The Lancet*, 1929, 12 ottobre).

La diagnosi è facile; è difficile solo interpetrarne il significato. Per la pressione sistolica il limite normale massimo non dovrebbe essere mai al disopra di 155 mm. di Hg; la diastolica che supera i 95 mm. è sempre anormale. Però può accadere di trovare un aumento di 10, 20, 30 mm. al primo esame; dipende dall'emozione. Nel polso alternante si possono avere fra una pulsazione e l'altra differenze di 10 o 15 mm. di Hg.

La pressione diastolica è importante quanto la sistolica, subisce minori variazioni.

Quando c'è un'ipertensione permanente può essere difficile determinare se e quanto è leso il rene; il grado dell'ipertensione non indica la presenza nè il grado della lesione renale. L'arteriosclerosi periferica, come si osserva spesso nei lavoratori manuali, si osserva spesso senza ipertensione.

Essenzialmente tre sono le forme di ipertensione che s'osservano in pratica: *a*) come una condizione *sui generis* senza modificazione renale; *b*) associata con arteriosclerosi renale; *c*) associata e probabilmente secondaria al rene grinzo granuloso del tipo infiammatorio. La prima forma è l'ipertensione essenziale; le altre due sono riunite clinicamente come nefrite interstiziale cronica, ma hanno la prognosi diversa, per cui Hunt si sofferma in modo particolare su di esse.

Nel rene arteriosclerotico, l'ipertensione presenta una pressione sistolica soggetta a modificazioni abbastanza ampie in circostanze diverse e può cadere considerevolmente col riposo in letto, mentre la diastolica è bassa e quindi la pressione differenziale è alta; la prognosi è relativamente buona con un trattamento appropriato; la causa più frequente di morte è l'apoplessia o l'insufficienza cardiaca.

Il rene grinzo secondario, in cui l'ipertensione è apparentemente conseguenza di una nefrite primitiva, corrisponde al piccolo rene bianco. In questa forma d'ipertensione la pressione sistolica è notevolmente più stabile, mentre si ha un aumento relativamente maggiore della pressione diastolica. Vi si associa anemia; se ci sono 3 milioni di globuli rossi o meno la vita dura per lo più non più di due anni. La prognosi è cattiva e per lo più la morte si ha per uremia.

Per la diagnosi differenziale, nei primi stadi tutt'e due le forme si presentano di solito come casi di semplice ipertensione. Fra i vari sintomi ci sono dolori « reumatici » agli arti, cefalea specialmente occipitale, qualche volta vertigini e spesso dispepsia. La dispnea da sforzo è frequente nel tipo arteriosclerotico, come pure i dolori reumatici, mentre la cefalea è più frequente nel tipo infiammatorio. I sintomi precoci raramente indicano l'estensione e la natura della lesione renale; le alterazioni delle urine possono non essere caratteristiche.

Hunt ritiene molto importante la prova dell'acqua secondo Volhard e Koranyi che egli ha praticato su molti malati d'ospedale, avendo cura di evitare i fattori extrarenali che possono alterarne i risultati.

Bisogna anche esaminare le urine della notte.

I risultati son questi: il più precoce segno di disfunzione renale è la scarsa concentrazione delle urine della notte. Nella forma infiammatoria si ha aumentato il volume di urina notturna mentre c'è peso specifico basso, mentre queste modificazioni sono meno accentuate nel rene arteriosclerotico. Nei periodi terminali di tutt'e due le forme la poliuria notturna cessa e questo è segno di scompenso renale con P. S. fisso su 1010. Piccolo volume di urina notturna con P. S. non superiore a 1012 è di prognosi gravissima.

La poliuria pure è importante: il rene infiammatorio produce poliuria diurna e specialmente notturna ma non riesce a eliminare l'acqua data per prova; invece il rene arteriosclerotico conserva di più la capacità di espellere l'acqua.

Ritenzione azotata: dopo somministrazione di 15 gr. di urea la concentrazione dell'azoto può essere di 2 % o più. Un metodo molto approssimativo, ma rapido e semplice, per il dosaggio dell'urea nel sangue è quello di Weltmann, di cui l'A. riporta dettagliatamente la tecnica.

Hunt riassume quanto sopra nella seguente tabella:

Tipi di ipertensione
con precoce interessamento renale.

Arteriosclerotico	Infiammatorio
Età: sopra i 40 anni.	Spesso sotto i 40 a.
Storia: buona salute in precedenza.	Nefrite acuta; spesso sepsi cronica a focolaio.
Aspetto: rosso; eccitabilità.	Pallido; sonnolenza.
Sintomi princ.: dispnea, dolori reumatici, angina pectoris.	Cefalea, dispepsia, spesso poliuria.
Press. sanguigna: variabile.	Fissa.
Sangue: a volte pletora o policitemia.	Anemia.
Modificaz. oculari: arterie rigide, emorragie.	Simili, con essudato perimaculare a ventaglio.
Urina: nei due tipi possono esserci o no albumina, sangue.	
Urina notturna: volume attorno 20 once. P. S. attorno 1018.	Volume maggiore. P. S. 1015 e meno.

Massima concentrazione ureica: circa 2 % o più.	Circa 2 % o meno.
Minima concentrazione ureica: circa 1 % o meno.	Circa 2 %.
Urea media: circa 1 % o più.	Circa 0,2 % o meno.
Prova dell'acqua: buona diluizione, ma ritardo nell'eliminaz. con piccola ritenzione oltre 6 ore.	Cattiva diluiz.; eliminazione in piccole quantità; metà o meno del liquido si elimina in 6 ore.
P. S.: abbastanza buono (p. e. 1018-1005).	Relativamente fisso (fra 1015 e 1008 p. e.).
Azotemia: non elevata sul principio.	Precocemente alta.
Durata: spesso molti anni.	Breve: 1-4 anni.
Esito: apoplessia; insufficienza cardiaca; angina pectoris.	Uremia. Malattia intercorrente. Insufficienza cardiaca.

Questa tabella deve essere presa non alla lettera, ma come uno schema che ammette eccezioni. R. LUSENA.

I piccoli segni dell'ipertensione.

Se ne occupa V. Lassance (*Le Concours Médical*, n. 5, 1929) rilevando l'importanza di questi piccoli segni per la diagnosi e la terapia.

Essi sono abbastanza dissimili l'uno dall'altro, però tutti sopraggiungono in circostanze analoghe ed alla stessa età, dopo cause occasionali (fatica cerebrale o fisica, emozioni).

L'A. li divide in tre gruppi distinti: nervosi e viscerali, viscerali e circolatori, periferici.

I disturbi nervosi sono quelli che chiama la nevrastenia della cinquantina. Vi è cefalea continua, quando è gravativa occorre pensare ad un processo arteritico, che può produrre complicazioni gravi. Oltre a ciò si osserva ipereccitabilità, modificazioni del carattere, diminuzione della capacità lavorativa, perdita della memoria, insonnia.

I disordini sensoriali sono principalmente uditivi e oculari, consistendo i primi in ronzii e a volte in pseudovertigini, i secondi in annebbiamento della vista, mosche volanti, senza però lesioni del fondo oculare.

I disturbi viscerali interessano particolarmente il sistema cardio-renale. Si nota sopratutto oppressione, dispnea nervosa, palpitazioni, ed in ultimo aritmia più o meno duratura a seconda del grado della stanchezza cardiaca, pollachiuria, sopratutto notturna.

I più importanti ed i più diffusi sono però i disturbi circolatori: sensazione di freddo locale o generalizzata, senso del dito morto, formicolii, dolori vaghi diffusi.

Queste prime manifestazioni del processo ipertensivo, indicano uno squilibrio simpatico ed una instabilità vasomotoria, contro le quali il medico pratico può agire in modo abbastanza attivo.

Occorre anzitutto restringere l'alimentazione, prescrivere ogni mese una piccola cura di digiuno, somministrare ipotensori, diuretici ecc.

Molto rapidamente si ottiene la modificazione dell'eccitabilità simpatica, la scomparsa degli spasmi vascolari ed anche la pressione arteriosa diminuirà gradatamente.

È così che spesse volte si può impedire lo stabilirsi di una ipertensione permanente, pericolosa e difficile allora a combattersi.

A. P.

Le variazioni orarie della pressione arteriosa.

La pressione arteriosa non è costante nello stesso soggetto nei diversi momenti della giornata, e in diverse condizioni organiche.

Così essa può subire delle modificazioni nello stesso momento in cui è determinata; varia con l'età, aumenta dopo un riposo a letto, diminuisce dopo una notte di riposo, presenta il massimo aumento tra le 4 e le 5 pom.

H. S. Diehl (*Arch. Int. Med.*, 43, 6 giugno 1929) ha ricercato la pressione in 100 studenti normali, determinando le variazioni che esistono tra la pressione della mattina e della sera. In ogni soggetto la pressione era presa per 6 giorni consecutivi, e di esse si faceva la media.

Dalle ricerche risulta che la pressione media del mattino è di 114,94 mm.; quella della sera è di 124,37 mm., con un aumento quindi di 9,43 mm. Questo aumento dev'essere messo in rapporto con l'attività dell'individuo.

Le diverse letture dello stesso soggetto mostrano una variazione media di 5,57 mm. al mattino, e di 5,86 mm. la sera, con una differenza di 0,29 mm., il che vuol dire che tale differenza è trascurabile.

È stato asserito che transitorie elevazioni di pressione costituiscono i prodromi d'una futura ipertensione permanente.

Se ciò fosse vero dovrebbe esserci un rapporto proporzionale tra l'altezza della pressione e l'aumento delle variazioni; invece dalle ricerche appare che l'elevata pressione si accompagna con una diminuita differenza tra la pressione mattinale e serale.

Sicchè un aumento di pressione tra le determinazioni della mattina e della sera sono da considerare normali; le scarse variazioni individuali tra i diversi giorni, in alcuni sono da considerare come normali, in altri come ipertensive. CARUSI.

CASISTICA.

La frequenza della sindrome basedowoide nelle donne.

L. Firgau (*Endocrine Survel*, ott. 1929) ha ricercato la sindrome basedowoide in 270 pazienti. Egli ammette la presenza di tale sindrome quando esistano i segni seguenti: ingrossamento della tiroide, occhi luccicanti o rima palpebrale larga, esoftalmo, tremore, perspirazione eccessiva, caduta dei capelli, me-

struazioni irregolari. Le pazienti vennero esaminate anche per quanto riguardava l'attività cardiaca e lo spasmo intestinale.

Fra le 270, 65 vennero trovate affette da tale sindrome; in 31, i disturbi basedowoidi erano le sole manifestazioni obbiettive della malattia, in 44, vi erano altri disturbi. La sindrome venne riscontrata in ragazze o donne fra i 16 ed i 49 anni, nella proporzione del 40,98 %.

L'ingrossamento della tiroide non è un fattore invariabile; quando esso è unilaterale, è quasi sempre a destra. In molti casi, si avevano disturbi cardiovascolari della specie che Falta considera come caratteristica dell'ipertiroidismo, cioè: eccessiva irritabilità vasomotoria, polso labile, aritmia respiratoria. Irregolarità obbiettive del cuore si trovavano in soli 21 casi; tachicardia soltanto in 7, ipertrofia cardiaca in nessuno. L'A. richiama anche l'attenzione sulla frequenza con cui si trovano spasmi intestinali.

La sindrome è frequente nelle donne, durante l'età di attività sessuale; l'A. ritiene che non vi siano estranei i disturbi della funzione sessuale.

fil.

Contributo alle sindromi endocrine negli adenoidei.

F. Benciolini (*Il Valsalva*, 1929, n. 10) espone il dottrinale sulla questione dell'adenoidismo quale fonte di disturbi endocrini e dalla illustrazione di due casi di adenoidei disendocrini crede di poter venire a queste conclusioni:

1) Esistono indiscutibili rapporti fra adenoidismo e disendocrinie.

2) Questi rapporti non si debbono sempre pensare limitati alla ghiandola pituitaria, anche se la sua origine embriologica, la situazione topografica, le dimostrate vie di comunicazione fra sella turcica e rino-faringe, la pongono logicamente al primo piano della questione, ma si possono allargare ad altri organi endocrini anche lontani dal cavo la cui funzionalità verrebbe indirettamente influenzata dalla presenza delle adenoidi, attraverso le alterazioni generali del ricambio, della aereazione polmonare, della crasi sanguigna, ecc. da esse provocate.

3) A misura che si affinano le conoscenze nel campo delle secrezioni interne, si può sempre meno parlare di sindromi endocrinologiche pure, ma si deve tener presente che spesso, oltre alla compromissione strutturale di uno o più organi ormonici, esse sono imputabili a disordini del sistema neuro-vegetativo.

V. APRILE.

Reumatismo e tiroide.

Weissenbach e Françon (rif. in *American medicine*, marzo 1929) osservano che il reumatismo tiroideo si ha specialmente negli adulti, particolarmente quando vi è una diatesi reumatica. La diagnosi va fatta piuttosto per i segni associati, anzichè per i sintomi articolari. In tali casi, l'ipotiroidismo è contrassegnato dalla costipazione cronica, dal senso di stanchezza, dalla cefalea, dalle stigmate, quali la pelle secca e squamosa, la calvizie e canizie precoci, l'ipotricosi pubica, la freddolosità, il freddo alle estremità, le irregolarità mestruali, l'apatia intellettuale, la tendenza all'obesità e, più raramente, i sintomi classici del mixedema, della sclerodermia, del gozzo semplice.

L'ipertiroidismo è contrassegnato da sintomi isolati, quali: tachicardia, palpitazioni, lucentezza anormale dell'occhio, leggero tremore, tendenza alla perspirazione, ipertricosi. Per la diagnosi potrà essere assai utile la determinazione del metabolismo basale.

Per il trattamento si raccomanda la somministrazione di estratto tiroideo, che alcuni fanno precedere da un trattamento digitalico e seguire da joduri. Nel caso di intolleranza dell'estratto tiroideo, lo si sospenderà, prescrivendo valeriana, arsenico, od estratto ovarico.

fil.

TERAPIA.

Il trattamento dell'eczema.

Carle (*Journ. de méd. de Lyon*, 5 maggio 1929) rileva che sotto il nome di eczema sono state riunite molte forme disparate di dermatosi. Alcune di esse sono dovute a funghi, a lieviti (eczema marginato, disidrosi, intertrigini), altre a dei microbi (follicoliti agminate da stafilococchi, streptococcie localizzate alle pliche, al cuoio capelluto, molte delle antiche seborreidi, dovute a cocchi speciali) ed il campo sempre più largo delle dermiti traumatiche, professionali, ecc.

Eliminate tutte queste forme, il trattamento si presenta assai più semplice.

1) *Le lesioni si presentano nella forma primitiva*, secca non secernente, non crostosa, senza complicazioni nè infezioni. Spesso le spennellature jodate sono sufficienti per portare la guarigione. Sulle regioni a cute solida (torace, fronte) si può incominciare direttamente con Jodio g. 1, in 100 di alcool a 90° e meno. Una spennellatura tutte le sere.

Sulle regioni a cute sensibile (pliche) si diluirà la tintura di jodio di preparazione recente con acqua distillata (5-10 g. della prima in 50 della seconda), aumentando più o meno rapidamente la proporzione della sostanza attiva secondo la tolleranza.

Le spennellature vanno alternate con le pomate; secondo alcuni l'acido benzoico o salicilico a 1 %; secondo Sabouraud: Calomelano a vapore, Tannino all'etere, Stovaina, ana cg. 30 in Vaselina g. 30. L'A. consiglia la seguente: Olio di cade g. 3-5; Solfo precipitato g. 2; Balsamo del Perù g. 1; Canfora cg. 50; Ossido di zinco cg. 50-g. 2; Lanolina, Vaselina, ana g. 10. Si aumenteranno l'olio di cade e lo solfo nei casi resistenti ed invece

l'ossido di zinco (fino a 5-10 g.) nelle forme irritabili in via di eczematizzazione.

La pomata sarà pulita con dolcezza il giorno seguente. In otto giorni, si ottiene spesso la guarigione delle placche pitiriasiche. Ogni regime speciale è superfluo.

2) *Le lesioni sono eczematizzate*. Dopo un lungo stadio di pitiriasi, si sono infiltrate e presentano rossore, prurito e gemizio.

Prima indicazione si è di calmare l'irritazione: applicazione prolungata di compresse umide (infusioni di camomilla, foglie di noce, *acqua bianca* più o meno diluita). Negli intervalli e durante la notte, un corpo grasso (crema o linimento oleo-calcare). Al momento voluto, si ordineranno i topici citati a cui si può aggiungere il nitrato d'argento da 1/100 a 1/20.

3) *Le lesioni si sono impetiginate*, in seguito ad infezioni streptococciche (pieghe inguinali, cuoio capelluto, fra le dita dei piedi).

In questi casi riesce ottimamente l'acqua di Alibour, così modificata da Sabouraud: Solfato di zinco g. 1; Solfato di rame g. 4; Acqua distillata 1 litro. Frizioni un po' forti con un bioccolo di cotone, fino a pulizia completa delle croste. Ripetere quando si voglia, purchè non si producano lesioni e si rispetti l'ultima cicatrice che si viene formando.

È preferibile che il trattamento sia applicato dallo stesso medico. Se il malato è lontano, si faranno cadere le croste mediante le compresse e, due giorni dopo, si prescriveranno i toccamenti con l'acqua di Alibour ed, in seguito, le spennellature jodate.

Inutile il cambiamento di regime; in alcuni individui può far bene il cambiamento di clima e di abitudini. *fil.*

Il trattamento dell'acne.

A. Boutelier (*Revue méd. franç.*, febbraio 1929), distingue un trattamento meccanico ed uno topico.

Trattamento meccanico: 1) pulizia (ogni mattina) delle regioni malate con acqua bollita calda ed aggiunta di un cucchiaio di borato di sodio per litro; durante la giornata, pulizia con liquore di Hoffmann, di cui si fa uso quando la cute sembra diventata troppo grassa; 2) estrazione dei comedoni; 3) apertura delle pustole e papulo-pustole; 4) massaggio per espressione fra i polpastrelli del pollice e dell'indice; della pelle della regione malata (mattina e sera); 5) eventualmente, doccia filiforme e scarificazioni.

Trattamento topico: il medicamento di scelta è lo zolfo.

1) al mattino fare schiuma sulla pelle, per mezzo di un pennello e di un po' d'acqua della polvere seguente: Solfo precipitato g. 5, Sapone medicinale g. 20. Lasciare la schiuma per 10-15 minuti e poi lavare;

2) nella giornata, sgrassare spesso la pelle con un tampone di cotone imbevuto di alcool-etere e spolverato con la polvere seguente: Solfo precipitato g. 10; Carbonato di magnesia, olio di vaselina, ana g. 15; Ossido di zinco g. 10; Talco g. 50. Mescolare in mortaio e stacciare in modo da avere polvere finissima;

3) alla sera, dopo la pulizia, estrazione dei comedoni e cinque minuti del massaggio di cui sopra; in seguito, applicazione della seguente lozione: Solfo precipitato lavato g. 10; Tintura di benzoino g. 5; Glicerina neutra g. 10; Alcool canforato g. 30; Acqua distillata q. b. per fare 100 cmc.

Per le cuti irritabili, lo solfo non conviene. Si fanno le lavature con acqua al borato di sodio e sapone all'ittiolo, massaggio, sgrassamento con liquore di Hoffmann e, come topico, i preparati all'ittiolo a 1/10; applicazioni, la sera, di una pasta di zinco o di una crema al 10 % di ittiolo. *fil.*

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

L'approvvigionamento idrico.

Prima di terminare l'illustrazione delle disposizioni di legge relative all'igiene del suolo e dell'abitato, ci sembra opportuno trattare brevemente di ciò che riguarda l'acqua per uso potabile e domestico.

Questo argomento, che ha attinenza anche col capitolo della vigilanza igienica sulle bevande ed alimenti, è infatti di fondamentale importanza per l'igiene del suolo e dell'abitato, perchè la provvista di acqua potabile buona ed abbondante è il presupposto essenziale della salubrità dei centri abitati, così urbani come rurali.

A ragione quindi l'art. 116 del T. U. delle leggi sanitarie, modificato dall'art. 62 del R. decreto 30 dicembre 1923, n. 2889, dispone che: « ogni Comune deve esser fornito di acqua potabile riconosciuta pura e di buona qualità. Ove manchi, sia insalubre o sia insufficiente ai bisogni della popolazione, il Comune può essere, per decreto del Prefetto, obbligato a provvedersene ».

Lo stesso articolo sancisce le penalità per chi contamini o corrompa l'acqua delle fonti, dei pozzi, delle cisterne, dei canali, degli acquedotti e dei serbatoi di acque potabili.

È inutile dire che se l'articolo 116 trovasse veramente applicazione in tutti i Comuni del Regno, l'igiene del nostro paese farebbe un grande progresso. Purtroppo vi sono ancora dei Comuni dove l'acqua potabile o manca o non è nè buona nè sufficiente, e ciò accade, nonostante che la legge fondamentale 25 giugno 1911, n. 586, e le altre successive disposizioni in materia, colla concessione di mutui di favore, abbiano molto agevolato la costruzione di acquedotti e di altre opere di approvvigionamento idrico.

È compito precipuo, perciò, dell'ufficiale sanitario esercitare continua azione di stimolo e

di incitamento presso le Autorità amministrative, affinchè il problema della fornitura di acqua potabile sia considerato fra i più urgenti, tanto nelle località in cui l'acqua manca, quanto in quelle dove occorre aumentarne la quantità o garantirne la purezza.

Che l'esistenza di un buon approvvigionamento idrico sia stata ritenuta dal legislatore come un presupposto necessario dell'igiene dell'abitato, è dimostrato anche dal fatto che l'articolo 69 del T. U. delle leggi sanitarie subordina la concessione dei permessi di abitabilità, per le case di nuova costruzione od in parte rifatte, all'essere l'acqua potabile nei pozzi o in altri serbatoi o nelle condutture guarentita da inquinamento.

Le *Istruzioni ministeriali*, 20 giugno 1896, contengono un intero capitolo (Titolo V, art. 81-101) dedicato all'esposizione delle norme per la compilazione dei regolamenti comunali d'igiene, nella parte riguardante l'*approvvigionamento e la distribuzione dell'acqua* per uso potabile e domestico.

Tale approvvigionamento è subordinato all'*esame dell'acqua*, dal quale risulti che essa è buona per composizione chimica e scevra di indizi di inquinamento; l'esame deve essere completato da un'indagine sul luogo di origine dell'acqua, che faccia escludere la possibilità di successive alterazioni della stessa.

Questo studio preliminare dei progetti per la fornitura di acqua potabile, non è di esclusiva competenza dell'ufficiale sanitario, perchè, di solito, l'Autorità sanitaria provinciale, a mezzo dei laboratori scientifici della Direzione generale della sanità pubblica, o di quello provinciale di vigilanza igienica, su richiesta del Comune interessato, provvede all'esecuzione delle necessarie analisi chimiche e batteriologiche ed all'esame della località di origine dell'acqua. Il prelevamento dei campioni e la relazione sulla sorgente e sul bacino imbrifero, vengono fatti, secondo i casi, a cura del medico provinciale o del personale tecnico del laboratorio provinciale. Le norme da seguirsi per tali operazioni sono indicate nelle *Istruzioni ministeriali*, 24 agosto 1906, per la raccolta a scopo di analisi di campioni di acque destinate, o che si intende destinare, ad uso potabile.

Spetta all'ufficiale sanitario: richiamare l'attenzione dell'Autorità comunale sull'esistenza di acque utilizzabili; segnalare al medico provinciale l'opportunità degli esami relativi; coadiuvarlo nei sopraluoghi alle sorgenti e fornirgli tutti gli elementi, in possesso dell'ufficio comunale, sull'acqua da analizzare, sulla sua portata, sul centro abitato a cui è destinata, ecc. Inoltre l'ufficiale sanitario, ove occorra, può provvedere da solo alla presa dei campioni per le analisi chimiche, la quale non richiede l'uso dello speciale armamentario (cassetta refrigerante, recipienti sterilizzati, ecc.) che è necessario per i campioni destinati agli esami batteriologici e che è in dotazione a quei laboratori.

Quando non sia possibile disporre di acqua sicura da inquinamento, le istruzioni suggeriscono l'uso di filtri. Attualmente esistono altri metodi di depurazione, di più certa efficacia e di più facile applicazione, come, per esempio, l'ozonizzazione e sopratutto la clorurazione. Per simili impianti, che hanno in generale carattere di provvisorietà, è opportuno che gli ufficiali sanitari si rivolgano ai medici provinciali, i quali possono richiedere al Ministero l'invio del personale tecnico specializzato e dei relativi apparecchi.

Di grandissima importanza è l'art. 84 delle *Istruzioni ministeriali*, che riportiamo testualmente: « Dall'ufficio d'igiene municipale sarà mantenuta una continua vigilanza sulla località di presa dell'acqua; sulla sua conduttura e su altri mezzi di suo trasporto; sui filtri, se ve ne siano; sulla sua distribuzione e, sopratutto, sulle condizioni dell'acqua stessa, valendosi all'uopo, per quanto è possibile, di ripetuti esami batteriologici. Ogni sospetto o constatazione di alterazione nelle buone condizioni dell'acqua, saranno dall'ufficio stesso denunziate al Sindaco, unendovi proposte per opportuni provvedimenti ». Questa vigilanza continua e diligente non manca certo nelle grandi città fornite di un ben attrezzato ufficio d'igiene comunale. Lo stesso, però, non può dirsi dei numerosi piccoli Comuni, specialmente rurali, dove spesso gli impianti di captazione, conduttura e distribuzione dell'acqua non sono sottoposti alla necessaria sorveglianza. La loro manutenzione è, perciò, trascurata e solo quando, per effetto di tale deficienza, avvengono inquinamenti delle acque, che si ripercuotono sulle condizioni sanitarie della popolazione, le Autorità se ne accorgono e corrono, troppo tardi, ai ripari.

La recente istituzione dei laboratori provinciali di vigilanza igienica facilita agli ufficiali sanitari la sorveglianza sugli acquedotti, permettendo loro di far eseguire frequenti analisi di controllo; ma a questo deve aggiungersi l'opera assidua di ispezione, diretta per verificare periodicamente le condizioni delle sorgenti e delle relative opere di protezione e captazione e di tutte le altre parti dell'acquedotto (condutture, serbatoio, ecc.), in modo da scoprire a tempo eventuali cause di contaminazione, e porvi subito rimedio.

È opportuno, a questo proposito, ricordare che il Ministero dell'interno fino dall'anno 1915 aveva richiamato l'attenzione dei Prefetti e delle autorità dipendenti sulla necessità di intensificare la vigilanza igienica sugli acquedotti; e che tale richiamo fu ripetuto anche negli anni successivi. La circolare 16 aprile 1915, n. 20179, C. diceva fra l'altro: « Ultima e non meno importante funzione infine (costruito, collaudato ed in esercizio l'acquedotto) è quella di curarne il regolare ed igienico fun-

zionamento. A tale uopo — e questo che si dice per gli acquedotti, che si vanno a costruire, serve anche per quelli già in esercizio — è indispensabile che i Prefetti curino, con ogni maggior diligenza, che i pubblici servizi di acqua potabile, quale ne sia il sistema, sieno continuamente sorvegliati nei riguardi sanitari, imperocchè, non di rado, purtroppo, è avvenuto che il grande beneficio di una pubblica dotazione d'acqua sia stato frustrato od anche invertito nelle sue igieniche finalità, da inquinamenti accidentali, sopravvenuti per incuria nella manutenzione delle zone di protezione, dei manufatti, delle opere di depurazione e delle condutture o per mancata vigilanza durante i lavori di riparazione o di restauro, o per omissione della doverosa sorveglianza sanitaria sul personale dei custodi o dei manovratori.

Questa complessa azione di vigilanza igienica deve essere ininterrotta, così come continuo è il pericolo di contaminazione e d'inquinamenti, e deve essere esercitata, oltre che dal personale addetto dai Comuni all'esercizio degli acquedotti, anche dagli ufficiali sanitari e dai medici provinciali, che dovranno farne oggetto di investigazione tutte le volte che, per qualsiasi ragione, abbiano a recarsi nei Comuni della provincia e che dovranno, eventualmente, provocare dai Prefetti, e questi dal Ministero, speciali ispezioni ogni qualvolta vengano a cognizione di dati e di fatti che ne dimostrino la necessità. Per raggiungere il completo scopo di igienica tutela delle acque potabili è quindi necessario che i Prefetti provochino, ove manchino, dai sindaci interessati, apposite *ordinanze* nelle quali siano indicate le modalità della vigilanza sanitaria sull'esercizio, sulle opere, sugli impianti di depurazione, sulle distribuzioni urbane e domestiche, sul personale addetto e, per le eventualità di ispezioni nei cunicoli, nei serbatoi, ecc., e nella ricorrenza di lavori per riparazioni e restauri e per le conseguenti disinfezioni delle condutture, quando del caso, prima di rimetterle in funzione dopo riparate. E per assicurare l'esatto adempimento delle prescrizioni impartite è necessario che nelle accennate *ordinanze* sia espressamente indicato il *funzionario* che sarà *responsabile* della loro esecuzione. Dette *ordinanze*, che occorre siano emanate *d'urgenza*, potranno poi esser ripetute nel regolamento locale d'igiene o in quello speciale per l'esercizio dell'acquedotto ».

Si desume da questa circolare che l'Autorità sanitaria attribuisce giustamente la massima importanza alla vigilanza igienica sugli acquedotti, fino a volerne rendere responsabile un funzionario speciale, che, riteniamo, dovrebbe essere l'ufficiale sanitario, coadiuvato dall'ingegnere comunale per la parte tecnica.

Dolorosi episodi epidemici d'infezioni intestinali, da mettersi, con ogni probabilità, in rapporto con inquinamenti idrici, hanno purtroppo dimostrato, anche di recente, la imprescindibile necessità di tale vigilanza.

È qui anche il luogo di ricordare come il decreto del Capo del Governo, 2 dicembre 1926, abbia resa obbligatoria la vaccinazione antitifica per il personale addetto ai servizi di approvvigionamento idrico e come spetti agli ufficiali sanitari fare osservare questa disposizione.

L'art. 85 delle *Istruzioni ministeriali* ribadisce il principio che nessuna casa sia dichiarata abitabile se non è fornita di acqua potabile buona ed in quantità sufficiente.

I successivi art. 86-89 indicano le norme da seguirsi nella *distribuzione domestica dell'acqua*, la qualità del materiale da adoperare nelle tubature, le cautele per assicurare la potabilità dell'acqua quando si debba far uso del sistema di distribuzione coi serbatoi, al quale è sempre da preferire, ove è possibile applicarlo, quello a contatore.

Per i *pozzi* sono indicate le modalità di costruzione e di funzionamento; le distanze dai pozzi neri, concimaie ed altre cause di contaminazione; le cautele per difenderli dalle infiltrazioni di acque superficiali, ecc., ed è prescritto che, quando servano a più famiglie, debbono essere coperti e muniti di pompa, o per lo meno di secchio fisso preferibilmente metallico.

A questo proposito è da osservare che l'uso del secchio, anche fisso, è igienicamente sconsigliabile, perchè gli inevitabili contatti del secchio stesso, della corda o della catena con mani non sempre pulite e la necessità di aprire la bocca del pozzo per attingere l'acqua, sono fattori di facile inquinamento di quest'ultima. È perciò desiderabile che nei regolamenti d'igiene sia addirittura imposto l'obbligo della chiusura e dell'applicazione della pompa per tutti i pozzi indistintamente.

Le istruzioni giustamente danno la preferenza ai pozzi tubolari, nei quali la purezza dell'acqua è assai meglio garantita che nei pozzi comuni.

Analoghi criteri sono da seguirsi quando si debba fare uso di *cisterne*, coll'avvertenza di adottare sistemi di filtrazione preliminare a sabbia e di esclusione automatica delle prime acque di pioggia, per allontanare le impurità più grossolane, e di curare la manutenzione ed il regolare funzionamento dei relativi impianti.

Oltre che all'acqua di sorgenti, pozzi o cisterne, in condizioni particolari, si dovrà ricorrere a quella di *laghi* o *corsi d'acqua*, e si comprende come, in questi casi, spetti all'Autorità sanitaria l'indicare le speciali misure da adottarsi per garantire la potabilità di queste acque.

I *lavatoi pubblici* devono essere costruiti a più scompartimenti distinti, aventi ognuno una speciale bocca di entrata e di uscita dell'acqua; essere forniti di acqua non inquinata (escluse quindi le acque di rifiuto, quelle degli abbe-

veratoi per animali, ecc.) e, a loro volta, debbono scaricarsi in canali la cui acqua non sia ulteriormente destinata ad usi domestici. Queste prescrizioni relative ai lavatoi raramente si vedono rispettate nella pratica; in centri abitati, anche importanti, si incontrano tuttora lavatoi con vasche eccessivamente lunghe, larghe e profonde, dove l'acqua, se non è molto abbondante, si ricambia lentamente, od anche solo ad intervalli di tempo, in modo che le biancherie vengono lavate in acqua tutt'altro che pulita.

Gli ufficiali sanitari dovrebbero sempre portare la loro attenzione sull'argomento dei lavatoi che, se può sembrare di lieve importanza, ne ha invece una gradissima per la profilassi delle malattie infettive. In molti casi, con spesa irrisoria, si potrebbero trasformare dei lavatoi antiigienici in lavatoi fatti a regola d'arte, ed utilizzare meglio l'acqua disponibile, semplicemente suddividendo le vasche grandi in scompartimenti più piccoli e diminuendone la profondità. Nei Comuni minori, che non possiedono uno speciale stabilimento di disinfezione, sarebbe anche opportuno che in ogni lavatoio pubblico vi fosse una vasca separata dalle altre, da adibirsi per la disinfezione chimica delle biancherie provenienti dalle famiglie ove siano ammalati contagiosi.

Anche per i lavatoi privati si dovrebbero imporre alcune norme igieniche costruttive, per ottenere un frequente ricambio dell'acqua e sopratutto per combattere la pessima abitudine, largamente diffusa nelle nostre campagne, di collocare il lavatoio in immediata vicinanza dal pozzo di acqua potabile, per il quale costituisce un permanente pericolo di inquinamento.

In questo campo dell'igiene domestica, come in quello più vasto della vigilanza sugli impianti di approvvigionamento idrico, l'opera zelante e intelligente dell'ufficiale sanitario, può, con mezzi relativamente modesti, ottenere risultati di grande efficacia per la tutela della salute delle popolazioni.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 7036:

Alle cure tentate per la *piorrea alveolo-dentale* unisca le insaponature dei denti, mattina e sera, con spazzolino bagnato di alcool a 90°.

A. PIPERNO.

Al dott. G. P., da E.:

Confronti: BUSI: *Introduzione al Corso di Radiol. Medica* Dispense (Gruppo N. 7, piazza Navona, 2, Roma); MILANI: *Le applicazioni della Radioterapia nella pratica medica*. Capitolo sul compendio italiano di Terapia Fisica (Como, ed. Cavalleri, 1929): è l'unico trattato del genere; PONZIO: *Radioterapia* (Utet), in francese; SOLOMON: *Radioth. profonde* (Masson, ed.). I libri del genere sono numerosi in tedesco.

E. MILANI.

VARIA.

Storia degli occhiali.

La conoscenza degli occhiali risale alla fine del secolo XIII, come inventore è ritenuto generalmente l'italiano Salvino d'Armato, di cui parla un'iscrizione sepolcrale trovata nella chiesa di S. Maria Maggiore in Firenze; solo gli Inglesi vogliono riferire l'invenzione al connazionale Roger Bacon, che però pare sia solo lo scopritore della lente per leggere: tutte e due le parti sono d'accordo nell'ammettere che la importante seconda invenzione è senz'altro merito del frate domenicano Alessandro Spina di Pisa. Da principio eranvi solamente lenti convesse per presbiti; verso la metà del secolo XVII comparvero le prime lenti concave dopochè Kepler aveva scoperto la essenza della già da lungo nota miopia e la prolungazione dell'asse bulbare era stata clinicamente constatata da Boerhave.

(*Bollett. Med. Trentino*).

La cura delle fratture presso gli antichi egiziani.

Il R. Museo Egizio di Torino conserva il pezzo anatomico di una frattura delle ossa dell'avambraccio sinistro col relativo apparecchio di riduzione rinvenuto nella necropoli arcaica di Ghebelein.

L'apparecchio contentore consta di tre stecche di legno diligentemente rivestite di una sottile stoffa tessuta nello stesso modo delle garze moderne. La stecca posta sotto il cubito è foggiata a doccia, le altre due sono piane e tenute in sito da un bendaggio. Questo prezioso documento è forse il più antico fino ad ora conosciuto, che dimostri come circa 3000 anni prima dell'èra cristiana si usavano le stecche rivestite di garza, piane o a doccia, e le bende molli nella cura delle fratture delle ossa lunghe.

(*Bollett. Med. Trentino*).

Il cancro fra gli israeliti.

Il dott. W. M. Feldman ha presentato, in seno al convegno annuale della « Jewesh Health Organisation of Greath Britain » i risultati di una inchiesta condotta dal dott. M. Sourasky, sulla frequenza del cancro tra gli israeliti in Inghilterra.

I tassi di mortalità tra il 40° e il 65° anno, ossia nell'« età del cancro », dimostrano come questa frequenza sia uguale a quella della popolazione non israelita. Considerando però la frequenza del cancro nei vari organi ed apparecchi, risulta come gl'israeliti presentino con maggiore frequenza i tumori maligni degli organi digerenti, mentre essi ne sono molto meno colpiti negli organi della riproduzione, specialmente dal cancro dell'utero.

In rapporto alle condizioni economiche, gli israeliti poveri presentano il cancro negli organi digerenti con la stessa frequenza dei ricchi; invece sono meno colpiti dal cancro negli altri organi.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AIELLI (*Aquila*). — Cerca subito medico-chirurgo per nomina provvisoria condotta medica. Abitanti 2500 capoluogo e frazione. Stazione ferroviaria linea Roma-Sulmona. Stipendio L. 9500. Indennità: cavalcatura L. 2700; Ufficiale Sanitario L. 500. Poveri ammessi alla cura gratuita 300 circa. Indirizzare domande, titoli e referenze al Sig. Podestà di Aielli.

ANDRETTA (*Avellino*). — Scad. 28 feb.; L. 8000; età lim. 40 a.; iscrizione P. N. F.; tassa L. 50,15.

AOSTA. *Amministrazione Provinciale*. — Direttore della Sezione Chimica e Assistente della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori provinciali di igiene e profilassi. Stipendi rispettivamente di L. 15.500 e L. 12.000, aumentabili di un ventesimo per ogni biennio e per dieci bienni. Supplemento di servizio attivo rispettivamente di L. 4000 e di L. 2500. Compartecipazione contravvenzioni e 25 % pel Direttore e 10 % per Assistente sui proventi, analisi, ecc. Scadenza 30 marzo. Per informazioni e domande rivolgersi alla Segreteria Gener. dell'Amministrazione Provinciale.

BOGLIUNO (*Istria*). — Scad. 28 feb.; consorzio con Valdarsa; L. 9000 e 4 quadrienni dec., oltre c.-v.; L. 4000 trasp.; età lim. 25-40 a.

BRESCIA. *Spedali Civili*. — Quattro aiuti, per un reparto di medic. generale, per il reparto ostetrico, per l'Istituto di anat. patol. e per l'Istituto di elettrologia, radiologia e radiumterapia. Scad. ore 15 del 28 feb. V. N. 6.

CAGLIARI. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med.-Micrograf. del Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi; titoli ed esami; L. 16.000 oltre L. 4200 serv. att., compartecipaz. introiti indagini interesse privato; aumento L. 800 dopo il primo quadriennio e L. 1000 dopo il secondo; età lim. 45 a.; scad. 20 feb.

COLLALTO SABINO (*Rieti*). — Il R. Podestà cerca medico interino; ab. 1647, poveri circa 900, obbligo di accedere due volte la settimana alle due frazioni; L. 10.500 oltre L. 500 uff. san., L. 800 ambulat., L. 1000 cavalc. Serv. entro 5 giorni dalla partecipaz., con obbligo di completare la documentazione della domanda entro 20 giorni. Probabilità di nomina a titolare attraverso il successivo concorso.

CROGNALETO (*Teramo*). — Scad. 20 feb.; 2ª condotta; L. 8700 e 4 quadrienni di L. 500, oltre L. 2400 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

FORLÌ. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario direttore ufficio igiene di Rimini; stipendio lire 13.780; per servizio attivo L. 2000, nonchè eventuali diritti d'ufficio che sono rilevanti. Dieci aumenti biennali del ventesimo sullo stipendio base e anni servizio prestati pubbliche amministrazioni come titolari; divieto esercizio libero; documenti a questa Prefettura non più tardi del 30 marzo. Età limite 45 anni salve proroghe ed esenzioni previste R. D. 29 nov. 1925, N. 2266.

INZAGO (*Milano*). — La *Società Mutua Sanitaria* del Comune apre il concorso al posto di medico; L. 7 ogni mutuato; minimo L. 20.000. Rivolgersi alla Segreteria della Mutua. Scad. 23 feb.

OVINDOLI (*Aquila*). — Limitata ai soli poveri, con residenza nel capoluogo. Stipendio annuo L. 10.500, L. 2700 per indenn. cavalcatura e disagiata residenza, più L. 500 quale uff. sanitario. La domanda, i documenti di rito, più gli altri che l'aspirante credesse opportuno esibire nel proprio interesse, debbono pervenire all'Ufficio Municipale entro le ore 12 del 5 marzo. Per altri chiarimenti rivolgersi all'Ufficio predetto.

PECORARA (*Piacenza*). — Scad. 25 feb.; L. 11.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 1200 c.-v., L. 4200 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

PERUGIA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Direttore medico; scad. 20 feb.; L. 18.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 5000 serv. att., indennità di diaria e rimborso spese trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; rivolgersi Segreteria.

PESARO. *Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi*. — Assistente della Sez. Chimica; scad. ore 18 del 10 marzo. Rivolgersi alla Segreteria generale della Provincia.

PIANDIMELETO (*Pesaro*). — Scad. 1° mar.; 2ª cond. per i comuni di Lunano e Belforte all'Isauro; ab. 2200 circa; resid. a Piandimeleto; età lim. 40 a.; L. 8000 e 10 bienni ventesimo, oltre L. 1500 indennità consortile, L. 3000 cavalc., c.-v.; tassa L. 50,10.

PIGNA (*Imperia*). — Scad. 20 feb.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15.

PINEROLO (*Torino*). — Scad. 28 feb.; due condotte; L. 8000 elevabili a L. 12.000 in 20 anni; trasp. L. 1800; c.-v.

POGGIO MIRTETO (*Rieti*). — 2ª condotta; proroga a tutto 28 feb.; età lim. 30 a. al 20 dic.; tassa L. 50,10; doc. a 4 mesi dal 20 dic.; restano ferme tutte le altre condiz.

RAGUSA (*Sicilia*). — L'Amministrazione Provinciale rende noto che il termine per la presentazione delle domande e documenti per i posti di Direttore della Sez. Medico-Micrografica del Laboratorio di Igiene e Profilassi e Direttore della Sez. Chimica del Laboratorio stesso, di cui il precedente avviso del 1° dicembre 1929, è prorogato fino alle ore 12 del 3 marzo. Le domande e i documenti debbono essere indirizzati alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Ragusa (Sicilia).

RIMINI (*Forlì*). — Uff. sanit. direttore Ufficio d'Igiene. (Vedi Forlì, *R. Prefettura*).

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — 2ª condotta; L. 9700 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v. e L. 2000 trasporto; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; scad. 20 feb.

ROMA. *Pio Istituto di Santo Spirito e Ospedali Riuniti*. — Tre posti di primario chirurgo; titoli ed esami; scad. ore 16 del 16 apr.; L. 7800 e c.-v.; per le condizioni rivolgersi alla Segreteria generale.

ROVIGO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore e due medici di Sezione nell'Ospedale Psichiatrico Prov.; iniziali L. 16.000 e 12.000; 5 aumenti; pel

direttore L. 1500 d'indenn. carica; c.-v.; alloggio; età lim. 40 a. Scad. ore 17 del 28 feb. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria generale. Tassa L. 50,10. Serv. entro 10 gg. salvo proroga di non oltre 15 gg.

SESSA CILENTO (*Salerno*). — Per titoli. Stipendio L. 7000 lorde delle ritenute di ricc. mob. e cassa pensione, più L. 1500 indenn. cavalcatura. Documenti di rito. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale. Scadenza 15 marzo.

STRIGNO (*Trento*). — Scad. 30 giorni dal 21 gen.; consorzio sanitario di Scurelle (due frazioni del comune di Strigno ed una del comune di Grigno); L. 8500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3600 trasp.; età lim. 39 a.; doc. a sei mesi dal 21 gen.

TAVERNA (*Catanzaro*). — Scad. 28 feb.; L. 7500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15.

TERRAGNOLO (*Trento*). — Scad. 30 giorni dal 16 gen.; ab. 2500 circa; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1600 indenn. via, L. 3000 cavallo, L. 950 uff. san., abitazione; tassa L. 50,15; età lim. 35 a.; doc. a 6 mesi dal 16 gen.

TOLVE (*Potenza*). — Scad. 28 feb.; L. 9000 e 6 quadrienni di L. 750; età lim. 40 a.; iscrizione P. N. F.

VALDUGGIA (*Novara*). — Abitanti 2657. Stipendio iniziale L. 9000, oltre L. 500 per indennità trasporto e L. 500 se incaricato del Servizio di Ufficiale Sanitario. Scadenza 15 marzo. Richiedere il bando di concorso con le modalità alla Segreteria Comunale.

VASTO (*Chieti*). — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esami. Stipendio annuo L. 5000, aumentabile del decimo ogni quadriennio e per cinque quadrienni. Domanda e documenti debbono essere indirizzati e pervenire all'Ufficio Sanitario Provinciale di Chieti non oltre il 20 marzo. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi all'Ufficio predetto.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Romano Maggiora Vergano è nominato direttore dei Laboratori scientifici della Sanità Pubblica, in sostituzione del prof. Bartolomeo Gosio, collocato a riposo per aver raggiunto i limiti d'età.

I nostri rallegramenti al colto e giovane funzionario, già trenato all'arduo compito, avendo coperto per molti anni la carica di vice-direttore. Egli saprà mantenere le alte tradizioni dei Laboratori, cui il prof. Gosio ha aggiunto molto prestigio con i suoi studi scientifici, generalmente noti e apprezzati.

Il Senato Accademico della R. Università di Modena nella sua seduta del 27 gennaio 1930 ha conferito, sulla base della relazione presentata dalla apposita Commissione aggiudicatrice, il premio « Riccardo Luzzatto » destinato ad un lavoro o complesso di lavori nel ramo della biochimica o della terapia sperimentale, al dott. Giulio Bucciardi.

La Commissione aggiudicatrice nella sua relazione ha constatato che il dott. Bucciardi, nel gruppo di 6 pubblicazioni presentate, ha mostrato sicurezza di tecnica, ha condotto le sue esperienze con vivo e meticoloso controllo ed è anche prudente nelle deduzioni; e che infine da tutto il complesso dei suoi lavori sperimentali egli presenta conclusioni nuove che illuminano nuovi punti del complicato problema della glicemia normale e patologica.

Il prof. Angelo Chiavaro, di odontoiatria a Genova, è collocato in aspettativa, per motivi di famiglia.

Sono nominati dottori *honoris causa*: F. Jönsen di Reykiavik e Forsell dalla Facoltà Medica di Kiel; Scharnagl, Hörburger e Schachner dalla Facoltà Medica di Monaco; H. Schäfer e A. Paul dalla Facoltà Medica di Ginevra.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano

Conferenza del prof. A. Valenti sulla lebbra.

Domenica 2 febbraio alle ore 16 il prof. A. Valenti, ordinario di Farmacologia nella R. Università, ha tenuto, per iniziativa dell'Associazione Italiana « Pro leprosis », una conferenza sulla lebbra. Dinanzi a un folto pubblico, tra cui numerose signore, l'oratore ha cominciato col far rilevare come quello della lebbra sia un argomento poco noto, ma non per questo meno doloroso. La lebbra, che forse come nessun'altra malattia ha saputo incutere orrore e impressione — ne fanno fede se non altro numerosissime, magnifiche produzioni dell'arte Cristiana — è tutt'altro che scomparsa dalla faccia della terra. Si può calcolare che oggidì esistono ancora oltre 3 milioni di lebbrosi.

Ora, il fatto che il decorso della malattia è oltremodo insidioso e lento, e, specie nelle prime fasi, poco appariscente, ha fatto sì che non si sia mai riusciti a liberarsi completamente da questo flagello. Non vi è dubbio, che la causa della lebbra sia il bacillo di Hansen, bacillo che peraltro non si è mai riescito a coltivare: è costante la sua presenza nel secreto nasale dei malati, ma è probabile anche una penetrazione attraverso alla

pelle. Alcuni dànno importanza alle mosche come trasmettitori di germi. In seguito, l'oratore ha fatto rilevare come quella della contagiosità della malattia sia una nozione che, sebbene abbia incontrato molti oppositori, è oramai acquisita: è più che probabile che molta importanza abbiano anche altri fattori come: clima, ereditarietà, ecc. Grande importanza hanno i portatori del bacillo: questo in genere è contenuto nei linfatici. In seguito il conferenziere ha delineate le caratteristiche cliniche dei due tipi di malattie.

Infine ha additato nell'olio di chaulmoogra l'unico rimedio che, se non di sicuro effetto, è pure tale da indurre spesso dei notevoli miglioramenti. L'oratore ha terminato inviando un saluto deferente ai missionari, che intesi a curare gli infermi dell'orrida malattia, già tante vittime hanno sacrificato alla medesima.

La conferenza è stata applauditissima.

Dott. R. ASCOLI.

NOTIZIE DIVERSE.

II I Congresso dei medici dell' O. N. B.

Il 2 corr. a Roma, nella sala Borromini, si è inaugurato il primo Congresso nazionale dei medici dell'O. N. B., che ha lo scopo di tracciare la via al lavoro avvenire e dare un indirizzo unico all'opera di assistenza dell'O. N. B.

Come è noto, dalla costituzione dell'Opera in ogni centro dell'organizzazione balillistica furono istituiti posti di controllo medico, di soccorso e di assistenza, presso i quali hanno avuto luogo oltre 300 mila visite e medicazioni. A fianco di questa benefica e colossale azione di assistenza, 70 ambulatori di proprietà dell'O. N. B. e 200 altri di privati aderenti all'Opera stessa, concessero la possibilità di cure ben più difficili e di esami somatici e radiologici ben più completi ad un numero rilevante di giovani pazienti. Dal lato teorico e propagandistico furono tenuti nel contempo 846 corsi di lezioni e conferenze su capitali argomenti di igiene interessanti mali sociali gravi, quali la tubercolosi, l'adenoidismo, il linfatismo e le malattie sessuali ereditarie.

Il convegno è stato inaugurato con l'intervento del Ministro dell'Educazione Nazionale S. E. Giuliano e del Sottosegretario all'educazione fisica e giovanile S. E. Ricci. Tra le personalità presenti erano il barone on. Carlo Basile in rappresentanza di S. E. Turati, i senatori Maragliano e Marchiafava, il sen. Versari rettore dell'Università fascista di educazione fisica, il sen. Viola, l'on. Ermanno Fioretti segretario nazionale del Sindacato medici e capo del servizio sanitario del patronato nazionale, l'on. Paolucci vice-presidente della Camera, l'on. Bartolomei, l'on. Perna, l'on. Salvi. Fra i numerosi ufficiali erano i tenenti generali Riva e Sacconi, rispettivamente capi del Corpo sanitario dell'Esercito e della Marina, il generale Baduel della Croce Rossa Italiana, il generale medico Tobia e molte altre personalità del campo medico.

Il ministro dell'Educazione Nazionale on. B. Giuliano ha porto il saluto augurale ai convenuti. In uno smagliante discorso ha rilevato come l'educazione fisica costituisca uno dei fattori fondamentali dell'igiene; onde l'importanza di promuoverla e tutelarla, cómpito in cui si rende preziosa l'opera del medico.

L'assemblea ha poi costituito l'ufficio di presidenza, di cui fanno parte come presidente il sen. Versari; come vice-presidente il prof. Pende; come segretario il prof. Vitali; come vice-segretari i dottori Midulla e Alberti.

I lavori si sono svolti nei giorni 2, 3 e 4 corr.; ne daremo ulteriori notizie. Sono stati chiusi con un elevato discorso dell'on. Ricci.

Il Congresso nazionale della Lega per l'igiene mentale.

In una sala dell'Amministrazione provinciale di Firenze si è svolto il secondo Congresso nazionale della lega italiana di igiene mentale. Numerosi intervenuti di tutte le sezioni regionali, rappresentate non soltanto da illustri alienisti italiani ma anche da medici, psicologi, filantropi, e amministratori. Sono state attentamente ascoltate le relazioni del segretario della Lega e quelle dei presidenti delle 13 sezioni regionali, dalle quali risultò l'efficacissima opera svolta in questo primo quinquennio di vita da parte di molte sezioni e particolarmente della lombarda, della veneta e della laziale, in favore dell'assistenza all'infanzia anormale e della scienza psichiatrica libera per mezzo di dispensari preventori e di patronati dei malati dimessi dagli Ospedali psichiatrici.

Sono state tracciate le linee e gli scopi che si propone la lega, fra cui principale quello della installazione in tutte le scuole elementari di classi speciali per i fanciulli deboli di mente o instabili di carattere. Il nuovo consiglio direttivo è stato così composto: presidente: prof. De Sanctis di Roma; consiglieri: prof. Cappelletti di Venezia, gr. uff. Fabbri di Milano, prof. Ferrari di Bologna, comm. Garioni di Venezia, prof. Meda di Milano, prof. Sciuti di Napoli. L'alto consenso all'opera svolta dalla lega da parte delle gerarchie sindacali è stato portato al Congresso dal segretario della sezione psichiatrica del Sindacato nazionale fascista dott. Pichi, che recò il saluto dei dirigenti dott. Fioretti e prof. Castellino.

Giornate Mediche di Bruxelles.

I Sovrani del Belgio hanno concesso il loro alto Patronato alle Giornate Mediche di Bruxelles.

Tra le personalità che hanno accettato di far parte del Comitato d'Onore è l'Ambasciatore d'Italia presso il Governo del Belgio.

Corso complementare in igiene.

Il 1° marzo avrà inizio presso l'Istituto di Igiene della R. Università di Bologna un corso bimestrale di perfezionamento in Igiene, per aspiranti Ufficiali sanitari, sotto la direzione del prof. Donato Ottolenghi. Per l'iscrizione inviare domanda in carta bollata unitamente al certificato di nascita e al diploma di laurea. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria o all'Istituto di Igiene.

Corso per le cure prenatali.

L'Opera Nazionale Maternità e Infanzia ha creduto opportuno di istituire, dopo quello di puericultura già costituito, un altro speciale corso per preparare dei medici alla funzione di combattere, specie tra le popolazioni delle campagne, a mezzo delle Cattedre ambulanti, tutte quelle cause che turbano presso le gestanti il naturale e regolare svolgimento della gravidanza, del par-

to e del puerperio e sono causa di notevole mortalità nella popolazione rurale per la madre e per il feto. Tali medici non dovranno essere considerati come ostetrici o ginecologi, ma piuttosto come propagatori di igiene prenatale.

Il corso darà modo di avere sanitari specializzati in tale branca dell'igiene e consentirà all'Opera Nazionale Maternità e Infanzia di ottenere una difesa migliore e più diffusa della madre gestante, intensificando la protezione del bambino alla fonte stessa della vita.

Il corso, della durata di 4 mesi, avrà principio il 15 marzo p. v., e si svolgerà in Roma con lezioni teoriche e pratiche, dando a queste ultime il più largo sviluppo. Esso sarà diretto dal prof. Cesare Micheli, sub-commissario dell'Opera Nazionale, con la collaborazione di professori universitari liberi docenti.

Potranno iscriversi ad esso tutti i laureati in medicina e chirurgia che presenteranno il diploma di laurea e pagheranno la tassa di L. 200 per l'ammissione, più L. 75 per esame e diploma. Le domande saranno indirizzate alla sede dell'Opera Nazionale in Piazza Adriana n. 20 e saranno accettate fino al 10 marzo; non saranno accolte quelle che pervenissero oltre tale data.

Conferenze.

Il prof. Paolo Enriques, della R. Università di Padova, ha tenuto una conferenza alla sede centrale dell'Istituto nazionale delle Assicurazioni, trattando il tema: « L'eredità biologica nei suoi rapporti con l'assicurazione sulle vita ».

Il prof. Aristide Ranelletti ha tenuto una conferenza nella sede del Policlinico del Lavoro in Roma, sul tema: « La necessità delle visite preventive e periodiche dei lavoratori ».

Comitati Provinciali Antimalarici.

Si sono adunati in questi giorni vari Comitati Provinciali Antimalarici, costituiti per recente disposizione del Ministero dell'Interno.

I rappresentanti dei diversi Enti interessati hanno riferito in merito all'azione che ciascuno di essi svolge, sia diretta che indiretta: cura della malaria, piccola bonifica, ecc. Questi elementi, raccolti in altrettante relazioni, dovranno servire per dar luogo alla formulazione del programma tecnico, organizzativo e finanziario dei Comitati Provinciali.

Sull'assistenza ai Mutilati.

Il Capo del Governo ha presentato alla Camera un disegno di legge per la conversione in legge del decreto 20 dicembre 1929 concernente l'imposizione di un contributo finanziario a carico dei mutilati ed invalidi di guerra pel funzionamento degli uffici d'assistenza dell'Associazione nazionale per i Mutilati ed Invalidi medesimi.

L'Associazione è autorizzata ad imporre ai mutilati ed invalidi di guerra, divenuti tali in conseguenza del servizio militare, residenti nel Regno, i quali fruiscono di pensione vitalizia o di assegno rinnovabile o di assegno di minorazione di guerra, il pagamento dal primo gennaio 1930 di un contributo finanziario continuativo non superiore a lire due mensili da destinare al funzionamento dei propri uffici di assistenza. L'ammontare complessivo del contributo può attualmente calcolarsi in L. 4.688.520 annue.

Casa di assistenza per madri e lattanti in Roma.

A cura di un Comitato promotore, è stata fondata a Roma, presso l'Istituto di Santa Maria Maddalena (via dei Riari 43), una Casa di assistenza per le madri e i bambini lattanti, con annesso asilo-nido; è intitolata al nome di Nerina Bartoli. Dispone di locali vasti e ariosi, animati dal pennello del pittore marchese Camillo Tebaldi.

È diretta dal dott. Saporiti e dalla dott.a Mina Magri.

Vigilanza dell'Ufficio d'Igiene di Roma sulle professioni sanitarie.

Alla complessa opera di vigilanza sulle professioni sanitarie, l'ufficio d'igiene e sanità del Governatorato ha voluto dare in tutto l'anno decorso ogni maggiore attività possibile, allo scopo non soltanto di reprimere, ma in molti casi, di prevenire ogni manifestazione del pericoloso fenomeno dell'abusivismo.

Per quanto riguarda la medicina e chirurgia, la vigilanza, oltre che sui sospetti esercenti abusivi, è stata eseguita, come sempre, su ogni specie di ambulatori, in modo particolare su quelli annessi alle farmacie.

Nella speciale branca dell'odontoiatria, oltre all'eseguire una assidua vigilanza per quanto riguarda l'abusivismo, tanto comune in questo campo, è stato portato a termine il censimento dei gabinetti dentistici che sono risultati in numero di 108.

La vigilanza si è estesa all'esercizio della farmacia, dell'ostetricia minore, delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie.

Riassumendo, il lavoro di vigilanza eseguito durante l'anno 1929 può concretarsi nelle seguenti cifre:

Persone denunciate all'autorità giudiziaria numero 71 delle quali: 21 per vendita abusiva di medicinali; 3 per esercizio abusivo dell'ostetricia minore; 13 per esercizio abusivo della professione di farmacia; 1 per esercizio abusivo della professione di medico-chirurgo; 2 per esercizio abusivo della odontoiatria; 17 per favoreggiamento nell'esercizio abusivo di professioni sanitarie; 3 per illecita detenzione di sostanze stupefacenti; 10 per inosservanza delle disposizioni di legge sull'esercizio delle farmacie; 1 per vendita di preparati anticoncezionali; 1 per mancata custodia di veleni; sequestri di specialità medicinali e vaccini n. 7.

Persone diffidate n. 101 delle quali: farmacisti 15; ortopedici ernisti 7; ostetriche 3; odontotecnici 4; medici 2; massaggiatori 7; infermieri 61; pedicuri 2.

Convenzione fra Ospedale e Cliniche Universitarie a Padova.

Una vertenza fra l'Ospedale e le Cliniche Universitarie di Padova, che si agitava da anni, si è felicemente risolta. Le parti avevano deferito la composizione della vertenza al Prefetto del tempo, valendosi di analoga disposizione di legge, che prevede tale provvedimento. Intervenuto il lodo, le parti, non completamente soddisfatte, avevano entrambe prodotto ricorso al Ministero degli Interni. A questo punto fu, d'accordo, invocata ancora l'opera conciliativa del Prefetto, che ha dato un definitivo assestamento alle aspi-

razioni del glorioso Ateneo, senza ledere, anzi migliorando, le risultanze economiche e finanziarie del precedente lodo.

In vista dell'accordo concluso, le Cliniche universitarie potranno esercitare la scelta degli infermi inviati dai Comuni, senza alcuna distinzione tra ammessi in via normale e di urgenza, e quella dei ricoverati, per effetto di convenzioni con Enti assicurativi; lasciando a questi ultimi e a quelli ammessi al pagamento in Sala comune la libera volontà per essere inviati nelle Cliniche o rimanere nei reparti spedalieri.

D'altra parte il lodo precedente venne migliorato e portato a L. 200.000 il contributo annuo che l'Università dovrà pagare d'ora innanzi all'Ospedale, con la decorrenza retroattiva dal 1° luglio 1927, di fronte alle lire 150 mila della contestata convenzione.

Scuola Medica Cattolica al Cile.

L'Arcivescovo di Santiago del Cile ha istituito una Facoltà di Medicina e di Farmacia presso quella Università Cattolica. Decano è stato nominato il dott. Carlos Monckeberg.

Scuola di Odontologia al Paraguay.

La Camera dei Deputati della Repubblica del Paraguay ha approvato un progetto di legge che crea una Scuola di Odontologia ad Asunción. La Federazione Universitaria e il Centro Studentesco avevano inoltrato istanza al Parlamento per la creazione di detta Scuola.

Fondazione Ehrlich.

La signora Hedwig Ehrlich, vedova del grande scienziato, ha destinato 90.000 marchi della sua fortuna privata, pari ad oltre 400.000 it., per creare una « Fondazione Paolo Ehrlich ». Il reddito di detta somma sarà destinato a premiare dei lavori relativi a problemi sanitari. La Commissione aggiudicatrice sarà composta da microbiologi di riconosciuto valore.

Fondazione Bora.

La signora Luigia Sella vedova del capitano Bora, ha versato alla R. Accademia dei Lincei la somma di L. 100.000 per onorare la memoria del marito, morto in seguito a ricerche scientifiche sulla malaria.

La somma dovrà servire a creare una fondazione intitolata « Ettore Bora » per promuovere studii nel campo delle scienze biologiche e loro applicazioni pratiche. Gli interessi quadriennali della somma saranno versati quale Borsa di studio per gli italiani o stranieri che avranno presentato il miglior lavoro e le più importanti scoperte nella materia indicata.

Elargizioni e lasciti.

Il ten. gen. nob. Galeazzo Sartirana, già comandante dei Corpi d'Armata di Firenze e di Torino ed aiutante di campo di S. M. Umberto I, ha lasciato morendo, la quasi totalità del suo cospicuo patrimonio, di circa due milioni, in opere di beneficenza; e precisamente viene istituito erede l'Ospedale di San Matteo di Pavia, con obbligo di erogare la maggior parte delle rendite alla R. Università di Pavia; altri legati importano circa 400.000 lire.

* * *

La sig.na E. E. F. Haber ha lasciato, al Governo francese, 100.000 franchi per la fondazione di un premio destinato a compensare medici, farmacisti o chimici di nazionalità francese, per ricerche scientifiche dirette a combattere il cancro, la tubercolosi o altre gravi malattie.

* * *

La signora Moch, vedova Berheim, ha lasciato alla Facoltà medica di Parigi una rendita di 1000 franchi, per un premio annuo destinato a compensare la migliore tesi di dottorato sulla tubercolosi.

Onoranze al prof. Burci.

Il Comitato per le onoranze al prof. Enrico Burci, allo scopo di ottenere che più largo sia il numero di collaboratori al volume, che si intende di pubblicare in onore del Maestro, aderendo alle richieste di molti, ha stabilito di prorogare l'ultimo termine di consegna dei manoscritti al 30 giugno 1930.

I manoscritti debbono essere indirizzati al prof. D. Taddei, R. Clinica Chirurgica, Pisa.

Ritiro dall'insegnamento.

Togliendo la notizia da altri giornali, avevamo annunziato nel N. 3 che il prof. Igino Tansini lascerà l'insegnamento per limiti d'età nel 1930.

La notizia non è esatta. Il prof. Tansini, essendo nato il 22 novembre 1855, compie i 75 anni ad anno scolastico cominciato e per l'art. 34 della legge sull'Istruzione superiore potrà continuare nel suo ufficio per tutto l'anno scolastico.

L'insigne clinico verrà dunque conservato per un altro anno all'Università, del che non possiamo che compiacerci.

Compleanni.

Il prof. M. Borst, direttore dell'Istituto di anatomia patologica di Monaco, ha testè compiuto 60 anni. Oltre che per la sua attività didattica, egli è molto apprezzato per i suoi studi sui tumori maligni. Amici, colleghi e discepoli lo hanno cordialmente festeggiato.

Il prof. A. Grotjahn di Berlino è pure da poco entrato nel 60° anno. Egli ha instaurato l'insegnamento dell'igiene sociale: nel 1912 gli veniva conferita la docenza privata di questa disciplina; nel 1920 fu creata per lui la cattedra omonima. Si è specialmente occupato dell'igiene della riproduzione.

Anche il prof. P. Uhlenhuth ha ora compiuto 60 anni. Ha diretto alcuni istituti d'igiene della Germania; da alcuni anni dirige quello di Friburgo i. B., donde ha rifiutato varie chiamate, a Berlino, Monaco e altrove. Il suo nome è legato alla scoperta della reazione precipitante, alla scoperta della spirocheta del morbo di Weil (anticipò gli autori giapponesi), all'introduzione dell'atoxyl, ad una serie di studi sulla tubercolosi (impiego dell'antiformina per la ricerca e l'arricchimento, dei cresoli per l'uccisione, processi d'immunizzazione, ecc.), e su varie infezioni animali, ecc. ecc.

Il prof. E. Ritser, di Francoforte sul Meno, ha ora compiuto 70 anni. Nel 1890 egli scoprì l'anestesina, che ha reso tanti servigi come anestetico locale.

Sul valore del siero antipoliomielitico.

L'Accademia di Medicina di New York ha nominato una Commissione per studiare l'efficacia terapeutica del serio di convalescenti di poliomielite ant. acuta. Una dotazione di siero è stata posta a disposizione di un certo numero di medici, che se ne varranno per praticare iniezioni intrachidee (dopo puntura), durante la fase pre-paralitica della malattia.

Bambini accecati in un Ospedale.

Nell'Ospedale oftalmico del quartiere ateniese di Kesarion si è prodotta una epidemia di oftalmite; ne sono rimasti accecati quaranta bambini. Medici e infermieri sono stati denunziati all'autorità giudiziaria.

La radio a servizio della medicina.

Giorni or sono la radio belga interrompeva le comunicazioni, per segnalare agli ascoltatori che il medico di un piccolo e remoto villaggio — dott. Beaujean di Conthuin, in provincia di Namur — faceva urgente richiesta di siero antipoliomielitico (siero di soggetti guariti) per una bambina di 17 mesi. Un ascoltatore di Bruxelles corse immediatamente a procurare il siero e lo recò, mediante un automobile, al dott. Beaujean, percorrendo due volte la distanza di 120 Km. I risultati del trattamento furono ottimi.

Per il divieto dell'esercizio privato della medicina in Russia.

Il Governo dei Sovieti sta esaminando un progetto, presentato dal Commissario preposto alla salute pubblica, secondo il quale tutti i medici dovranno essere dichiarati funzionari dello Stato. Con l'applicazione di tale progetto verrebbe proibito l'esercizio privato della medicina in tutto il territorio sovietico.

Infortuni professionali.

Il dott. Athos Alessandri, da Firenze, di anni 54, è stato rinviato a giudizio per rispondere di omicidio colposo in persona del ragazzo Dino Del Fante, di anni 9, morto durante una narcosi. Lo zio del ragazzo dovrà pure comparire davanti ai giudici, per rispondere di diffamazione ai danni del dott. Alessandri, mentre per la recente amnistia è stato prosciolto dall'accusa di violenze.

Infortunio dello "Scalpel".

Il noto periodico di medicina è stato duramente provato: la sua tipografia venne distrutta da un incendio, durante la notte dal 28 al 29 gennaio; le linotypes e le macchine da stampa vennero messe del tutto fuori uso; parecchi manoscritti rimasero bruciati; tutta la composizione e i *clichés* furono fusi.

Grazie all'offerta della corporazione dei tipografi di Bruxelles, il periodico ha potuto pubblicare un numero speciale, ridottissimo. Probabilmente usciranno altri numeri congeneri; ma si spera di riprendere presto la pubblicazione regolare.

Esprimiamo il nostro vivo rammarico e la nostra simpatia al confratello belga.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journal A. M. A., 28 sett. — P. REZNIKOFF. Leucociti immaturi nelle malattie infettive. — W. D. DRURY. Mastoidite actinomicotica. — J. A. SEVIER. Moderni metodi di cura della tbc. polm. — L. WEBB HILL e H. C. STUART. Preparato di grani di soia per l'alimentaz. di fanciulli con idiosincrasia per il latte.

Riforma Med., 12 ott. — U. REITANI. Probabile azione aggravante del « B. perfrigens » nella tiroide.

Néoplasmes, sett.-ott. — A. e B. BRUSCHETTINI. Immunità nel cancro sperimentale. — GROSMAND. Metodo interferometrico nella diagnosi dei neoplasmi. — H. PÉRICAUD. Coefficiente lipolitico e alimentazione nei cancerosi.

Revue Neurolg., ott. — L. VAN BOCAERT. Epilessia mioclonica con coreoatetosi, familiale.

Bull. de l'Ac. de Méd., 8 ott. — C. KLING e al. Penetraz. del virus poliomielitico per le mucose.

Prensa Méd. Argent., 30 sett. — A. F. CAMAÑER e J. I. SACON. Sindrome pallidale pura in iperteso con glomerulo-nefrite acuta in regressione.

Acta Dermato-Vener., sett. — S. BOMMER. Fluorescenza visibile nell'uomo. — V. FRANKOVI'C. La « Ballungsreaktion » di Müller.

Zbl. f. Chir., 19 ott. — E. MELCHIOR. Cisti tracheo-bronchiali congenite nei polmoni. — E. FOHL. Sutura ossea alla Putti-Parham.

Münch. Med. Woch., 18 ott. — VOGT. Feto e vitamina A. — GRATZEL. Anemia ipercromica in malattie intestinali.

Deut. Med. Woch., 18 ott. — v. BERGMANN, KAUFFMANN. Il problema della gastrite. — RICHTER. Sclerosi multipla di organi emopoietici.

Rev. Méd. de Barcelona, ag. — C. JIMÉNEZ DÍAZ. Sindromi circolatorie d'orig. tiroidea.

Chirurgia degli Org. di Movim., ott. — S. CIACCIA. Frattura dell'eminenza capitata dell'omero. — B. BLITZ. Accrescimento ponderale in malati soggetti a cure sanatoriali.

Amer. Med., sett. — M. HUHNER. Incompatibilità fisiologiche nella riproduzione. — L. WEBSTER FOX. La malattia flittenulare.

Brit. Med. Journ., 19 ott. — F. B. PARSON. L'avertina. — C. H. MAYO e F. BUZZARD. Il dolore addominale.

Journal A. M. A., 5 ott. — D. C. BALFOUR. L'ulcera peptica ricorrente. — W. T. CUMMINS e al. Granuloma coccidioide. — A. E. BENNETT. La puntura cisternale.

Mediz. Klinik, 18 ott. — U. FRIEDMANN. Le varie forme di polmonite. — M. J. SEREJSKI. Morbo di Biedl.

Brit. Journ. of Surg., ott. — C. F. W. ILLINGWORTH. Colesterosi della cistifellea. — W. ANDERSON e J. GRAY. Aneurisma dell'art. splenica. — J. CARDIS e al. Malattia di Kümmel.

Presse Mé., 19 ott. — P. EMILE-WEILL P. ISCHWALL. Splenocontrazione adrenalinica nelle splenomegalie croniche.

Arch. Mal. App. Digestif, ecc., ott. — G. MARINESCO e al. Carbonuria disossidativa. — A. LANDAU e G. GLASS. L'ulcera iuxta-pilorica. — R. A. GUTMANN. Sindromi dolorose epigastriche nei sifilitici.

Paris Méd., 19 ott. — Numero sulle malattie renali e sull'urologia.

Lancet, 19 ott. — D. P. D. WILKIE. Alcuni principî della chirurgia addomin.

Surg., Gyn. a. Obst., ott. — E. S. J. KING. Endometriosi e neoplasmi nell'ovaio. — L. K. P. FARRAR. Auto-emo-trasfusione in ginecologia. — J. CHALMERS DA COSTA. Chirurgo, paziente e diagnosi.

Zbl. inn. Med., 26 ott. — J. PORAS. I nuovi studi sulla tubercolosi e loro valore clinico.

Rivista Oto-Neuro-Oftalm., lug.-ag. — LUNEDEI. Edema di Quincke con iperemia emicongiuntivale bilaterale; emiorticaria. — BETTIN. Laringoplegie associate di natura influenzale.

Presse Méd., 23 ott. — C. BRODY. Pigmentazione solare ed elioterapia; applicazioni alla peritonite tbc.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 20 ott. — H. VERGER. Paralisi epidemiche.

Arch. Ital. di Chir., 5. — L. BIANCALACASA. Pressione del liquido cef.-rach. — G. SEGRE. Osteomielite da micrococco melitense. — A. MIROLLI. Lipomi sottomucosi e sottosierosi dell'intestino. — P. E. POLACCO. Corpi mobili dell'anca. — L. SILVESTRINI. Asportaz. graduale della milza ipertrofica e aderente.

Minerva Med., 20 ott. — F. MICHELI e C. ROTTA. Guarigione anatomica della lesione endocarditica in caso di endocardite lenta. — C. GAMNA. Lesioni sclerosiderotiche delle splenomegalie cron. — C. FRUGONI. Sindrome di Bürger.

Acta Med. Latina, mag.-giu. — A. AUSTREGESILO. Coree e coreoidi.

Rev. Med.-Cir. do Brasil, sett. — H. C. SWEANY. Saprofitismo del bacillo tbc.

Quartery Journ. of Med., ott. — H. BEDINGFIELD. Visceroptosi e forme affini associate a invalidismo cronico. — H. GAINSBOROUGH. La così detta nefrosi lipoidica. — R. PLATT. La tirossina nel trattam. delle nefrosi. — R. WILLIAMSON. Ricambio respiratorio e basale nella tbc. polmon.

Amer. Journ. Med. Sc., ott. — T. L. ALTHAUSEN e S. L. WARREN. Estratto dei semi di « Cucurbita citrullus » nel trattam. dell'ipertens. — R. ISAACS. Ricadute durante la cura epatica dell'anemia pern. — R. N. NYE e al. Patogenicità di funghi blastomicetiformi isolati dallo stomaco. — W. M. KRAUS. Distrofia tironeurale. — W. WOLFSON e F. TELLER. La soluzione di gelatina per via endovenosa nelle emorragie.

Tohoku Journ. exper. Med., 30 set. — M. SAYEKI. Urocromo e urocromogeno nell'urina di soggetti sani e uro-tubercolotici.

Riv. San. Sicil., 15 ott. — G. LA ROSA. Influenza della luce solare diretta sulle termoprecipitine del carbonchio.

Acta Medica Scandin., II. — V. JOHNSON. Febbre ondulante da Bang. — H. A. SLVESEN. Variazioni nelle proteine plasmatiche in condizioni non renali — J. WAHLBERG. La dieta epatica e la reaz. reticulocitica in anemie semplici.

Revue de Chir., 6. — P. GRISEL e F. DÉVÉ. Morbo di Pott idatideo: ascesso vertebrale ossifluente idatideo.

Mediz. Klinik, 25 ott. — BENTHIN. La leucorrea. — ST. LITZNER. L'avvenire dei nefropatici.

Münch. Med. Woch., 25 ott. — VOGT. Progressi nella terapia ginecologica conservatrice. — PERTMANN e SAUER. Terapia acida e alcalina nelle infezioni delle vie urin.

Mediz. Welt., 26 ott. — W. SCHONDUBE. Affezioni disfunzionali litiasiche e flogistiche della cistifellea.

Brit. Med. Journ., 26 ott. — E. H. CLUVER. Pellagra tra gl'indigeni consumatori di mais nell'Unione Sud-Africana.

Lancet, 26 ott. — H. JELLETT. L'avvenire della pratica ostetrica.

Rivista Terap. Mod. e Med. Prat., Milano, gennaio 1930. — Per il libro medico Italiano. — Lavori premiati concorso. Rivendicazioni Scientifiche Italiane. — Iconografia Medica Italiana. — Notizie.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

P. 8

Spazio per le comunicazioni del versante al correntista destinatario (facoltative)

Parte riservata all'ufficio dei conti

N. .... *dell'operazione*

Dopo la presente operazione il credito del conto è di

L. ....

Il Direttore dell'Ufficio

....

AVVERTENZE.

Il versamento in conto corrente è il mezzo più semplice e più economico per effettuare rimesse di denaro a favore di chi abbia un c/c postale.

Chiunque, anche se non è correntista, può effettuare versamenti a favore di un correntista. Presso ogni ufficio postale esiste un elenco generale dei correntisti, che può essere consultato dal pubblico.

Per eseguire il versamento il versante deve compilare in tutte le sue parti, a macchina o a mano, purchè con inchiostro, il presente bollettino (indicando con chiarezza il numero e la intestazione del conto ricevente qualora già non vi siano impressi a stampa) e presentarlo all'ufficio postale, insieme con l'importo del versamento stesso.

Sulle varie parti del bollettino dovrà essere chiaramente indicata, a cura del versante, l'effettiva data in cui avviene l'operazione.

Non sono ammessi bollettini recanti cancellature, abrasioni o correzioni.

I bollettini di versamento sono di regola spediti, già predisposti, dai correntisti stessi ai propri corrispondenti; ma possono anche essere forniti dagli uffici postali a chi li richieda per fare versamenti immediati.

A tergo dei certificati di allibramento i versanti possono scrivere brevi comunicazioni all'indirizzo dei correntisti destinatari, cui i certificati anzi detti sono spediti a cura dell'ufficio conti rispettivo.

L'ufficio postale deve restituire al versante, quale ricevuta dell'effettuato versamento, l'ultima parte del presente modulo, debitamente completata e firmata.

Tassa da pagarsi pei versamenti

Servendosi del presente Bollettino si paga:

— nei Capoluoghi di Provincia: NULLA

— negli altri uffici del Regno:

			che si dovrebbe pagare usando vaglia postali
fino a L.	50 —	L. **0,15** invece di L.	0,80
» » »	100 —	» **0,20** » » »	1,20
» » »	500 —	» **0,40** » » »	3,50
» » »	1000 —	» **0,60** » » »	6 —
» » »	5000 —	» **1 —** » » »	26 —
» » »	10000 —	» **2 —** » » »	51 —

ANNO XXXVII Roma, 24 Febbraio 1930 Num. 8

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

QUESTIONI DEL GIORNO.

La psittacosi.

Dott. AZEGLIO FILIPPINI.

Negli ultimi mesi dello scorso anno, si vennero segnalando in Germania, specialmente ad Amburgo ed a Berlino, diversi casi di una malattia che sul principio diede anche luogo ad incertezze diagnostiche, tanto più dannose in quanto che non riconoscendosi l'origine dell'infezione, non se ne poteva impedire la propagazione. Casi analoghi si verificarono in Inghilterra, in Italia, e recentemente anche ad Amsterdam. Si ebbe poi notizia che un'epidemia del genere si era avuta in Argentina nei mesi di luglio-agosto.

L'occorrere di tale malattia in case dove si trovavano dei pappagalli, a loro volta ammalati o morti, la fisonomia clinica della malattia stessa fecero concludere che si trattava di psittacosi, malattia che, almeno nei nostri paesi, si presenta di tanto in tanto in forma di piccole epidemie, sempre in rapporto con dei pappagalli.

L'attuale comparsa è però segnata da una diffusione maggiore che per lo passato; si parla di un centinaio di casi in Argentina, di una sessantina in Germania, di una trentina circa in Inghilterra. Se si pensa alla gravità della malattia, spesso mortale, alla possibilità che anche da noi si sviluppi qualche epidemia del genere, alle difficoltà diagnostiche che presentano i primi casi, appare evidente l'utilità di dare ai medici, sulla base delle più recenti pubblicazioni in argomento la descrizione, il più che possibile completa, quale non si trova

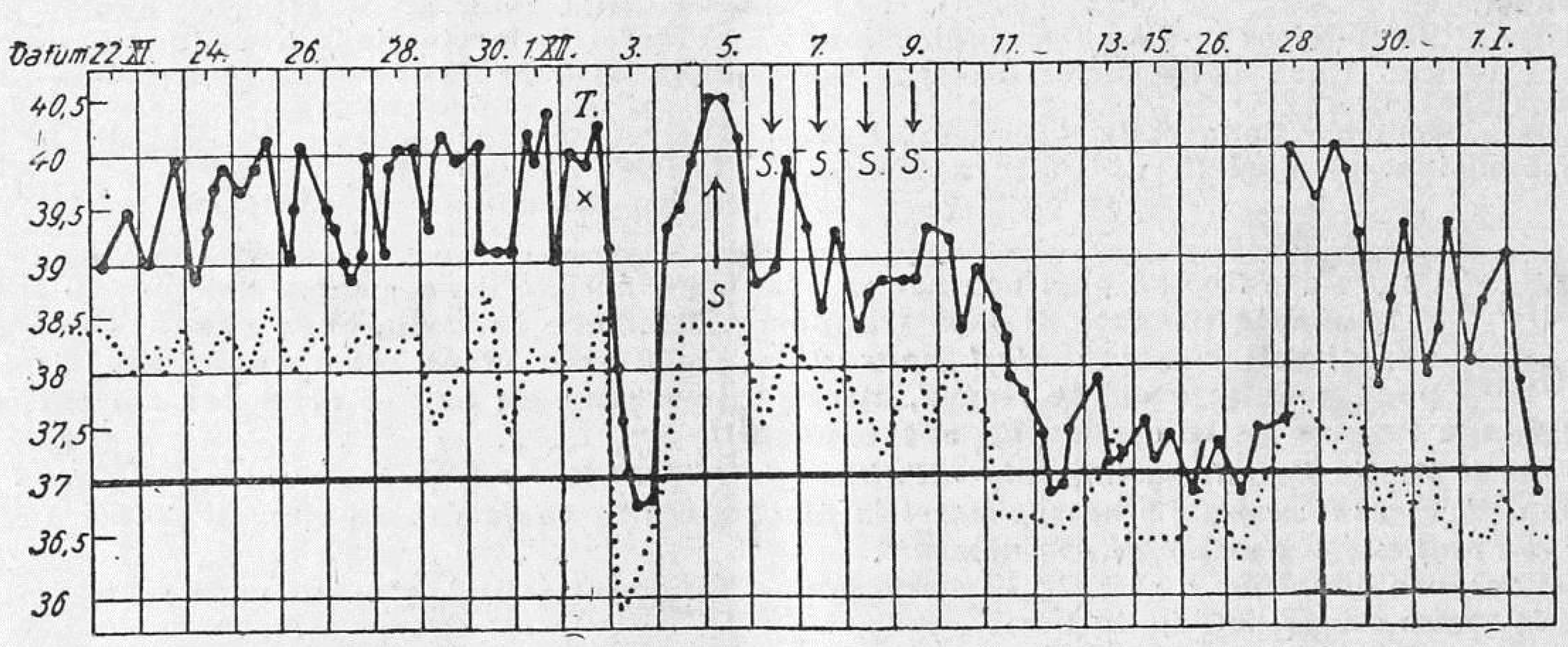
nei comuni trattati, in modo da averne norma nella pratica.

Storia.

Le prime osservazioni di una polmonite contagiosa in rapporto con animali e specialmente con pappagalli risalgono a Jurgensen (1876), che ne aveva osservato due casi; altri numerosi vennero descritti a Parigi nel 1879 e nella Svizzera da Ritter (1879-1880) e da Ost e Wolff (1884-1887).

Finkler, nel 1888, riportò un'epidemia familiare di 6 casi (con tre morti) occorsi a Bonn, di una forma di polmonite contagiosa, in cui si isolarono degli streptococchi.

Nella epidemia di Parigi del 1892 (49 casi col 33 % di morti), Nocard isolò dal midollo osseo di un pappagallo morto, il bacillo che porta il suo nome e diede alla malattia il nome di *psittacosi*, nome che ebbe fortuna e fu applicato ai diversi casi che si vennero osservando a Parigi, fino al 1896; in tale anno, Gilbert e Fournier osservarono un'epidemia di 5 casi in una famiglia ed isolarono nuovamente il bacillo di Nocard dal sangue di uno dei due morti.



Altre piccole epidemie si ebbero a Stettin (1898), a Berlino (1899, con 10 malati e 3 morti), a Colonia, a Genova, a Firenze nel 1895-96, dove furono colpiti il violinista Chiostri con la moglie (entrambi morti), il figlio e la domestica. Un'altra epidemia più importante si ebbe a Zulpich (1909), in seguito alla permanenza delle persone componenti un corteo funebre nella stanza del pappagallo, in una casa dove era morto il primo caso.

La recente epidemia dell'Argentina si ebbe nell'agosto 1929 a Còrdoba dove, per un paio di mesi, era stata tenuta, nel centro della città, un'esposizione di uccelli, specialmente pappagalli provenienti dal Brasile, dalla Bolivia, dall'Argentina del Nord, esposizione visitata da moltissime persone. Molti degli uccelli vennero a morte sia nello stesso locale di vendita, sia nelle case dei compratori. Un'altra sorgente dell'epidemia di Còrdoba è da riferirsi ai pappagalli portati da un medico da Rio de Janeiro e che trasmisero la malattia alla moglie (che venne poi a morte) allo stesso medico ed alla sorella. Fra i colpiti vi furono diversi medici, di cui tre morirono mentre erano ancora nel pieno vigore della vita. Un altro medico morto si ebbe a Londra, il dott. D. L. Thomas.

Per Amburgo, sono riportati da Embden e G. Adamy, sei episodî epidemici, indipendenti l'uno dall'altro ed altri due da Hegler, tutti più o meno riferibili ad una notevole quantità di pappagalli importati dall'America del Sud. Un notevole episodio epidemico, descritto da Grunwald e Meyer, ebbe origine dai pappagalli riportati da un geologo, reduce da un viaggio di studio nel Brasile.

In Inghilterra, A. P. Thomson ne ha osservato 17 casi a Birmingham; 2 ne ha veduti Stolkind e 20 Hutchison; in tutti i casi, che l'origine dell'epidemia era da ricercarsi in pappagalli.

In Italia, si ebbero cinque casi a Firenze nell'ottobre.

Quadro clinico.

La sintomatologia della psittacosi appare dominata da tre principali caratteristiche: la febbre molto elevata, lo stato tifoso o stuporoso del malato ed i fenomeni polmonari. Attorno a questi tre fatti essenziali, si raggruppano altri sintomi e segni, alcuni dei quali quasi costanti, come il collasso circolatorio, ed altri messi in rilievo soltanto da qualche osservatore oppure non costanti.

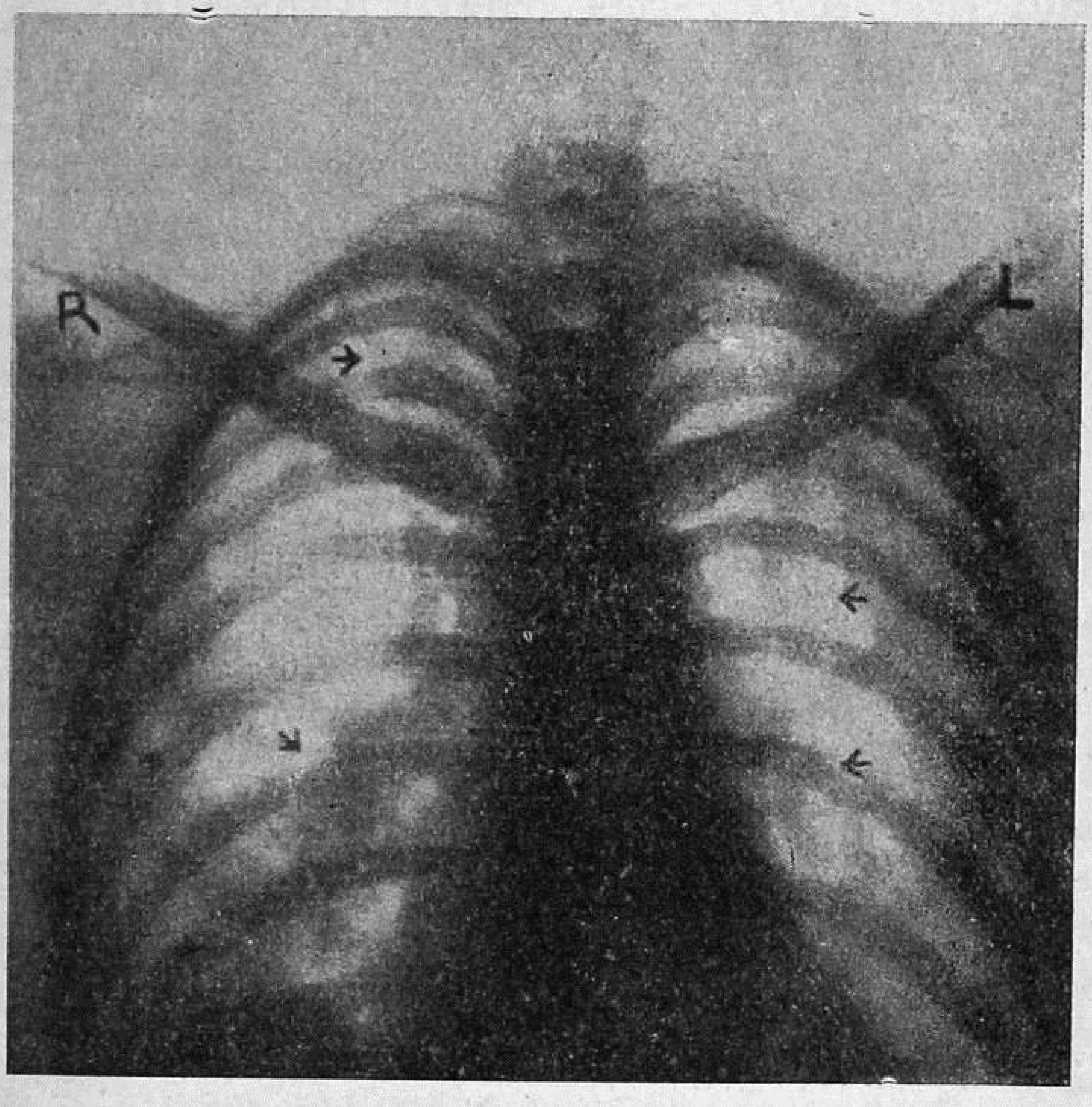
Dopo un *periodo di incubazione*, che può variare da 4 a 14 (e fino a 21) giorni, la malattia si *inizia* talvolta abbastanza bruscamente con brivido e rapida ascesa della temperatura; altre volte, invece, con un periodo di malessere che dura 1-2 giorni e temperatura che sale gradatamente. In qualche malato si ha *cefalea* che, secondo Thomson, è intensa, generalmente occipitale e spesso associata a rigidità cervicale. Talvolta, si hanno dolori vaghi al torace od all'addome; in qualche caso, *epistassi*.

A malattia confermata, la *temperatura* si mantiene elevata, a 39°, 40° e più, con remissioni di circa un grado, per discendere poi nei casi ad esito favorevole, con lisi ed, alla fine, assume un andamento anfibolico; in qualche raro caso, può aversi la caduta per crisi.

Importanti sono i *fenomeni cerebrali* e psichici, che in qualche caso sono stati tanto notevoli da far dare il nome di psicosi da pappagalli. Prevale lo stato tifoso o stuporoso, ma si hanno anche stati deliranti, confusionali, eccitativi, oppure sonnolenza, condizioni che ricordano la paralisi progressiva od il parkinsonismo.

Nel primo caso dell'epidemia riportato da Grunwald e Meyer, lo stato di eccitazione raggiunse delle forme grottesche ed il paziente, un colto professore universitario, strillava ed ingiuriava tutti quanti, specialmente i medici, con i quali si dimostrava più aggressivo. Anche nei casi meno gravi, il paziente si mostra intontito e completamente indifferente a tutto quanto lo circonda.

La caratteristica di questi notevoli disturbi psichici — rilevati specialmente dagli autori



La radiografia mostra le scarse lesioni riscontrabili ai raggi X, anche dove erano netti i segni fisici.

tedeschi — era già stata notata dai vecchi clinici (Ritter, Jurgensen, Wagner ed altri) ed è stata osservata anche nell'epidemia di Firenze.

Altro carattere essenziale della malattia è dato dai *fatti polmonari*. Questi vanno ricercati espressamente perchè il più delle volte, non sono annunziati nè da dolore, nè da tosse, mancando la compartecipazione della pleura (1), ed essendo quasi costante la mancanza di espettorazione. Soltanto l'esame fisico li mette in rilievo, in contrasto con il reperto radiologico, che è quasi negativo. E nemmeno è da aspettarsi un quadro tipico di polmonite.

(1) Grunwald e Meyer escludono *sempre* la partecipazione della pleura al processo, come anche, in generale, gli autori inglesi. In qualche caso però, la pleurite è stata riscontrata, sia clinicamente che all'autopsia (pleurite fibrinosa, od anche scarso versamento).

Manca talvolta addirittura l'ottusità ed i focolai pneumonici sono segnalati da rantoli secchi o crepitanti, oppure l'ottusità ha un'estensione non maggiore del palmo di una mano. Tali fatti si hanno dopo qualche giorno di malattia.

Nei casi di Thomson, si sono avuti all'inizio i segni di una leggera bronchite, seguita da un processo di consolidazione, rivelantesi con uno smorzamento della sonorità e con soffio bronchiale e, più tardi, si è avuta addirittura ottusità completa (pure non avendosi affatto liquido) e scomparsa dei rumori respiratori, fenomeni che possono durare fino alla caduta della temperatura e possono occupare anche tutto un polmone; la risoluzione si rivela con dei fini rantoli crepitanti.

Come si è detto, nella maggior parte dei casi, la tosse manca od è assai scarsa (secondo Thomson, essa è invece frequente ed incessante). Pieno è l'accordo di tutti gli osservatori sulla scarsezza dello sputo; nei rari casi in cui esso esisteva, è stato trovato rugginoso o verdognolo.

In uno dei casi avutisi a Firenze, mancarono le manifestazioni broncopolmonari.

Sintomi circolatorii. — Si ammette generalmente che, sul principio, vi sia bradicardia, se non assoluta, almeno relativa, in confronto della temperatura alta, sorpassando di poco le 100 pulsazioni pur con temperature di 39°-40°. In seguito, però, le condizioni cambiano, in quanto che subentra il collasso circolatorio, che si manifesta con polso piccolo, frequente, molle, pressione bassa, cianosi alle labbra ed alle guance e stati di collasso.

Notevoli e costanti sono la *debolezza muscolare* e gli *stati anemici*, a malattia terminata; sempre lunga è la convalescenza.

Fra gli altri sintomi, sono da menzionarsi lo *stato della lingua* (talora impatinata come ricoperta da gesso, altre volte rossa e secca) e della *faringe* (spesso arrossata), l'*ingrossamento della milza e del fegato*, costante secondo alcuni, raro ed incostante per altri, la flebite della piccola safena e l'ambliopia con emianopsia bilaterale (Volterra).

Secondo Meyer, questi malati hanno sempre una *sete inestinguibile;* quattro e più litri al giorno non bastano a dissetarli. Sono anche da menzionarsi i *sintomi bulbari* (specialmente la difficoltà di inghiottire), il *tremore*, la *rigidità o l'irregolarità delle pupille, il vomito*, talora la perdita involontaria di feci e di urine, la diarrea (in qualche caso), il sudore. Costante ed ammessa da tutti è la *mancanza di herpes.*

Sono mancati quasi sempre esantemi o sintomi cutanei, salvo delle forme emorragiche in un caso settico.

Per quanto riguarda le diverse ricerche cliniche, ricordiamo che l'esame del liquor ha dato risultati negativi, quello del sangue ha dimostrato talvolta leucopenia, più spesso leu-

cocitosi, con deviazione verso sinistra dello schema di Arneth, aneosinofilia.

Nell'urina è quasi costante il reperto di *urobilinogeno* e la positività della *diazoreazione*, segni di alterazione epatica.

La *durata* della malattia varia da pochi giorni a più di un mese, la *prognosi* è sempre grave; la letalità varia, secondo i diversi autori dal 10 al 75 %.

Anatomia patologica. — Nelle diverse autopsie fatte, è risultata soprattutto l'esistenza di focolai broncopneumonici, accompagnati in qualche caso da alterazioni pleuriche, tracheile, tonsillite, bronchite, ingorgo dei gangli ilàri. In diversi casi si trovarono degenerazione cerea ed ematoma dei muscoli retti addominali.

Secondo Siegmund, che si è occupato dell'anatomia patologica della psittacosi, le caratteristiche isto-patologiche delle lesioni polmonari differiscono nettamente dalla polmonite lobare e da quella influenzale, per la mancanza di lesioni bronchiali. Si tratta di polmoniti catarrali, con scarsi leucociti e con poca fibrina, corrispondenti al così detto « catarro desquamativo di Buhl ». Anche negli altri organi, specialmente meningi, milza, fegato, le lesioni sono caratterizzate da una notevole partecipazione riassorbente dell'apparato macrofagico, che viene chiamato attivamente in funzione. Anche Siegmund ritiene che si tratti di un'infezione generale determinata da un organismo trasmissibile dal pappagallo all'uomo, nel decorso della quale gli streptococchi vengono attivati (nei casi di sua osservazione è stato isolato il *viridans*) e prendono poi il sopravvento decisivo.

DIAGNOSI.

In mancanza di un quadro clinico non molto netto e di sicure nozioni sull'agente specifico, si comprende che la diagnosi della psittacosi non deve essere agevole nè sicura se non si conosce la connessione del caso con l'esistenza di un pappagallo. Trattasi, anche nei casi conclamati, di un quadro che può confondersi con altri, col pneumotifo, con l'influenza grave, con la peste polmonare.

Le malattie con cui appare più facile la confusione sono la tifoide e la polmonite. Sono sintomi comuni con la *tifoide*, la cefalea, lo stato tifoso, la diazoreazione, la leucopenia (che talora si ha), il tumore di milza e, secondo Thomson, il polso raro; tendono invece ad escluderla, oltre al polso frequente, la negatività delle ricerche del bacillo e dell'agglutinazione.

Per la *polmonite*, si hanno come sintomi comuni, i rantoli crepitanti, l'inizio con brivido e febbre alta, l'ottusità talora riscontrata. Depongono invece contro la polmonite, la mancanza di dolore puntorio toracico, di sputo, di herpes, la scarsa tosse, la precocità della diazoreazione.

Una notevole rassomiglianza trovano Grunwald e Meyer con la polmonite biliosa astenica, tanto più che qualche volta, nella psittacosi, si trova l'ittero.

Le forme lievi, abortive, non si distinguono da una comune influenza, come le forme gravi hanno somiglianza con la « spagnola »; anche nelle recenti epidemie, i primi casi sono stati ritenuti, sul principio, di origine influenzale.

In mancanza di segni caratteristici, che permettano *una diagnosi sicura*, questa *deve basarsi più che altro sulle circostanze*, cioè sul rilievo di forme morbose a tipo di polmonite, con stato tifoso e tendenza a collasso circolatorio in individui che sono stati a contatto con pappagalli. Evidentemente quadri simili possono essere dati da agenti morbosi diversi, ma deve ritenersi accertato che il pappagallo può trasmettere questa determinata forma di malattia, che va quindi ad esso riferita.

Talvolta, la diagnosi è stata fatta retrospettivamente.

EZIOLOGIA ED EPIDEMIOLOGIA.

Come agente patogeno della psittacosi, viene generalmente ritenuto il germe scoperto da Nocard, sebbene esso sia stato riscontrato soltanto altre due volte (in una di queste, è stato isolato dal sangue di un cadavere e quindi in condizioni che non danno sicuro affidamento). Ciò non ostante l'opinione di alcuni batteriologi era tanto radicata che, nel primo caso berlinese, mentre l'osservazione clinica ed i criteri epidemiologici deponevano per la psittacosi, il batteriologo a cui si erano rivolti Grunwald e Meyer la escluse dicendo che la psittacosi è una specie di paratifo.

In verità, non sono mancati batteriologi i quali hanno contrastata l'opinione che il bacillo di Nocard fosse l'agente patogeno della psittacosi. Citiamo fra questi, Malenchini che, nei casi di Firenze del 1895-96, ha isolato un diplococco simile al pneumococco, nonchè Selter che nell'epidemia di Zulpich ottenne degli streptococchi. Nella recente epidemia d'Inghilterra, in un caso il siero del malato agglutinava il *Bac. psittacosis* a 1/500; dopo pochi giorni, però, l'agglutinazione era negativa; in un altro caso, si ottenne un bacillo con le caratteristiche del gruppo *Salmonella*, in un terzo (e così pure in un pappagallo che aveva causato l'infezione ad altri), si isolò il *B. faecalis alcaligenes*. In due casi si ebbe agglutinazione positiva per il germe del tifo.

Negative risultarono anche le ricerche batteriologiche fatte sui malati e sui cadaveri, nei recenti casi di Firenze.

Nei casi della Germania, l'esame batteriologico delle feci, delle urine e dello sputo ri-

mase negativo per quanto riguarda il bacillo di Nocard. Nell'esame del sangue, si ebbe parecchie volte lo streptococco. Ad ogni modo, anche questo germe non può considerarsi come l'agente eziologico, ma soltanto come un agente di infezione mista.

Si tende ora ad ammettere che causa della malattia sia un *virus filtrabile*, il quale aprirebbe la via ad altri germi, che possono essere gli streptococchi, i pneumococchi od altri germi, non escluso il bacillo di Nocard. Gli streptococchi avrebbero però la parte decisiva nella malattia; se l'individuo è in qualche modo resistente a questi germi, il decorso della malattia è del tutto lieve e senza complicazioni.

D'altra parte, non si può disconoscere una certa importanza anche al bacillo di Nocard, se non altro per il fatto che esso è altamente patogeno per i pappagalli. Come è noto, esso è un germe che appartiene al gruppo dei paratifi e che sarebbe identico al *Bac. enteritidis*, Breslau, ed analogo al *Bac. typhi murium* ed al Bac. di Aertricke. Nella classificazione moderna, viene ascritto al gruppo Salmonella. Bergey (Descriptive Bacteriology) gli assegna i seguenti caratteri:

« Bacilli di micron 0,4-0,6 × 1-1,5, solitari. Mobili per flagelli peritrichi, gram-negativi.

Gelatina. Colonie piccole, bluastre, lucenti, che diventano poi scure o porcellanacee. Non liquefacente.

Agar in piastra. Colonie piccole grigiastre, a margine liscio o dentellato. A becco di flauto, colonie filiformi, grigiastre, lucenti, ondulate.

Brodo torbido, con pellicola sottile.

Latte-laccamuffa, non coagulato. Patate; striscio leggero, grigiastro, Acidi e gas in: destrosio, levulosio, maltosio, galattosio, arabinosio, raffinosio, mannite, sorbite, destrina.

Non forma indolo, optimum di temperatura a 37°. Determina la polmonite in pappagalli ed in persone che vi hanno dimestichezza ».

La trasmissione del germe, qualunque esso sia, avviene dal pappagallo all'uomo probabilmente per inalazione (frequenza di lesioni e di arrossamento dell'anello faringeo), in seguito a contatto diretto col pappagallo od indiretto. In molti casi, si trova nell'anamnesi, che i pazienti davano da bere al pappagallo con lo stesso cucchiaino con cui sorbivano il latte, oppure si facevano stringere le dita nel becco, ecc. Si deve ammettere anche il contagio indiretto (persone che stavano nella stanza in cui si trovava dapprima il pappagallo), qualcuno ritiene, anche per inalazione o contatto con le feci disseccate.

Nella maggior parte dei casi, il pappagallo causa dell'infezione era ammalato (con sete, sonnolenza, diarrea violenta, penne arruffate, ali cascanti), ma talvolta, esso era invece del tutto sano, il che fa ritenere che vi possano essere dei portatori del virus (1).

Il tipo più comune dei pappagalli che hanno dato infezioni apparteneva alla varietà verde delle Amazzoni (*Chrysotis amazonicus*). In alcuni casi, gli autori tedeschi parlano di altri tipi, *Sittich*, *Wellensittich*, che sarebbero il *Palaeornis torquatus*, od il *Melopsittacus ondulatus*: il primo, di colori variegati (rosso-scarlatto, verde, giallo-nero) è pure abbastanza comune.



Pappagallo affetto da psittacosi.

La maggior parte degli autori esclude il contagio da uomo ad uomo; vi sono però dei fatti che lo comprovano indubbiamente, come, p. es., la osservazione di Hegler, in cui il paziente ricoverato in ospedale contagiò l'infermiere e la suora che lo avevano assistito e che ne morirono, un paziente che gli aveva dato da mangiare e due suore che lo avevano assistito durante la notte.

In generale, però, queste epidemie sono semplicemente familiari, il che fa ritenere che si tratti di un virus non molto resistente ed a scarsa diffusibilità, salvo forse nelle comunità (in un collegio inglese, si sono avute 23 educande colpite sopra un totale di 40).

Un'altra caratteristica delle epidemie è quella di presentarsi di preferenza nell'inverno: in luglio-agosto nell'Argentina, in novembre-gennaio in Germania ed Inghilterra. Evidentemente vengono maggiormente colpite le città di mare dove i pappagalli arrivano con i trasporti transoceanici.

Profilassi.

La psittacosi è fortunatamente una malattia che non colpisce larga parte della popolazione e come tale non può essere oggetto di vasti

(1) La durata della malattia nei pappagalli è di 1-3 settimane. All'autopsia, si trovano: congestione ed emorragia dell'intestino, ecchimosi peritoneali, milza e fegato grossi e molli.

provvedimenti profilattici. Data però la sua gravità, s'impongono alcune regole profilattiche, più che altro individuali, tanto più facili da noi, dove l'abitudine di tenere pappagalli in casa non è molto diffusa, mentre lo è molto in alcuni paesi dell'estero: si pensi che una sola uccelliera di Amburgo ha un movimento di circa 500 pappagalli al mese.

In Germania, si è venuti ad una misura draconiana, di proibire cioè assolutamente l'importazione di pappagalli. Tale decisione è resa più facile dal fatto che gli interessi che in tal modo vengono colpiti sono minimi e riguardano pochi venditori di uccelli. L'Inghilterra tenta invece di proteggersi imponendo una quarantena ai pappagalli importati. È però assai difficile il decidere la lunghezza del periodo di quarantena, tanto più che possono poi esistere dei portatori o dei pappagalli affetti da forme lievi ed altrettanto pericolosi. Ad ogni modo la quarantena dovrebbe essere abbastanza lunga; i casi di Firenze, dell'ottobre scorso ebbero origine, a quanto sembra, da un pappagallo proveniente da Amburgo e quindi arrivato già da diverso tempo dai paesi di origine, dove la malattia è endemica.

Più che altro sarà utile diffondere fra il pubblico la nozione del grave pericolo che possono rappresentare i pappagalli, ottenendosi così, sia di dissuadere le famiglie a tenere tali uccelli in casa, sia di evitare l'eccessiva dimestichezza ed il contatto con essi. A Londra, in seguito alle notizie diffuse con la stampa politica, molte famiglie si sono sbarazzate del pappagallo ed è stato uno spettacolo curioso il veder svolazzare questi uccelli dei climi tropicali per i parchi di Londra. Provvedimento che salva la famiglia già proprietaria del pappagallo, il quale però può poi diffondere l'infezione ad altre famiglie.

Particolare cautela s'impone nell'assistenza agli infermi di psittacosi, tenuto conto della possibilità di trasmissione da uomo ad uomo. L'uccelliera e tutto quanto può avere toccato il pappagallo infetto o sospetto va accuratamente disinfettato.

TERAPIA.

In mancanza di sicure nozioni sull'etiologia, anche la terapia deve limitarsi ad essere essenzialmente sintomatica. Grunwald e Meyer, in considerazione dei fenomeni polmonari, dimostrano grande fiducia nell'optochina e derivati che, in causa della tossicità, non ci sentiremmo davvero di raccomandare. Gli stessi autori, per ovviare al pericolo derivante dalle alterazioni epatiche, consigliano il « goccia a goccia » o l'infusione di soluzioni glucosate, eventualmente combinate con la somministrazione di insulina.

Tenuto conto che, spesso, le complicazioni sono dovute a streptococchi (fare l'emocoltura!), si potrà usare il siero antistreptococcico. Ha dato buoni risultati la trasfusione di sangue, la quale però determina forte brivido, elevazione notevole di temperatura e può dare collasso, sia pure di breve durata: va quindi usata con grande cautela e nei casi molto gravi, badando a sostenere le forze del cuore. Si useranno poi i tonici cardiaci, i calmanti, i sonniferi, ecc. a seconda delle indicazioni del caso.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

MALENCHINI. Lo Sperimentale, 1895-1896.

GILBERT e FOURNIER. Académie de médecine, 20 ottobre 1896.

G. GRUNWALD e F. MEYER. *Klinische Beobachtungen bei der Papageien-Krankheit.* Deut. med. Wochenschr., 1930, nn. 5 e 6, 31 gennaio e 7 febbraio.

G. BERMANN. *Die Psittakose. Epidemie in der Republik Argentinien.* Med. Welt, 1930, n. 6, 8 febbr.

H. EMBDEN e G. ADAMY. *Ueber Hamburger Fälle von Papageienkrankheit.* Münchener med. Wochenschr., 1930, n. 4, 24 genn.

Royal Society of medicine, seduta del 28 gennaio 1930. Rif. in Lancet, 1 febbr. 1930, numero 5553, e British med. Journal, 1 febbr., n. 3604.

G. ADAMY. *Klinische Erfahrungen über die Papageienkrankheit (Psittakose).* Deut. med. Wochenschr., 1930, n. 6, 7 febbr.

MEYER. *Zur Simptomatologie der Psittacosis.* Medic. Welt, 1930, n. 4, 23 genn.

G. ELKELES. *Ueber die Berliner Fälle von Papageien-Krankheit un derzeitigen Stand der Psittakose-Forschung.* Münch. med. Wochenschr., 1930, n. 4, 24 genn.

HEGLER. *Psittakose.* Deut. med. Wochens., 1930, n. 4, 24 genn. 1930.

M. VOLTERRA. *Sull'epidemia di psittacosi verificatasi in Firenze nell'autunno scorso.* Accad. Medico-Fisica Fiorentina, 30 genn. 1930.

H. SIEGMUND. *Zur pathologischen Anatomie der Psittakosis.* Münch. med. Wochens., 1930, n. 6, 7 febbr.

O. WELTMANN. *Ueber eine kleine Endemie von Psittacosis in Wien.* Wiener klin. Wochens., 13 febbr. 1930, n. 7.

I. WIDOWITZ. *Ueber drei Fälle von Psittacosis.* Ibid.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Provinciale di S. Maria della Pietà in Roma.

Contributo alla conoscenza della micromelia.

Dott. ETTORE RIETI.

Un caso non comune di micromelia bilaterale degli arti inferiori mi ha dato occasione di rivedere quelli, non molto frequenti, segnalati nella letteratura medica. Ne credo perciò interessante la pubblicazione. Descriverò da prima il malato in questione, confrontandolo poi con gli altri simili di cui ho potuto raccogliere notizie.

B. C., anni 68, tappezziere, da Roma. Genitori morti in tarda età, non avevano malattie degne di nota. Tre fratelli viventi e sani. Il paziente è nato a termine ed ha avuto allattamento materno. Non ha mai inteso dire che la madre abbia avuto malattie od emozioni vive mentre era incinta di lui. Ha incominciato a camminare ed a parlare in età normale; però fin dai primi

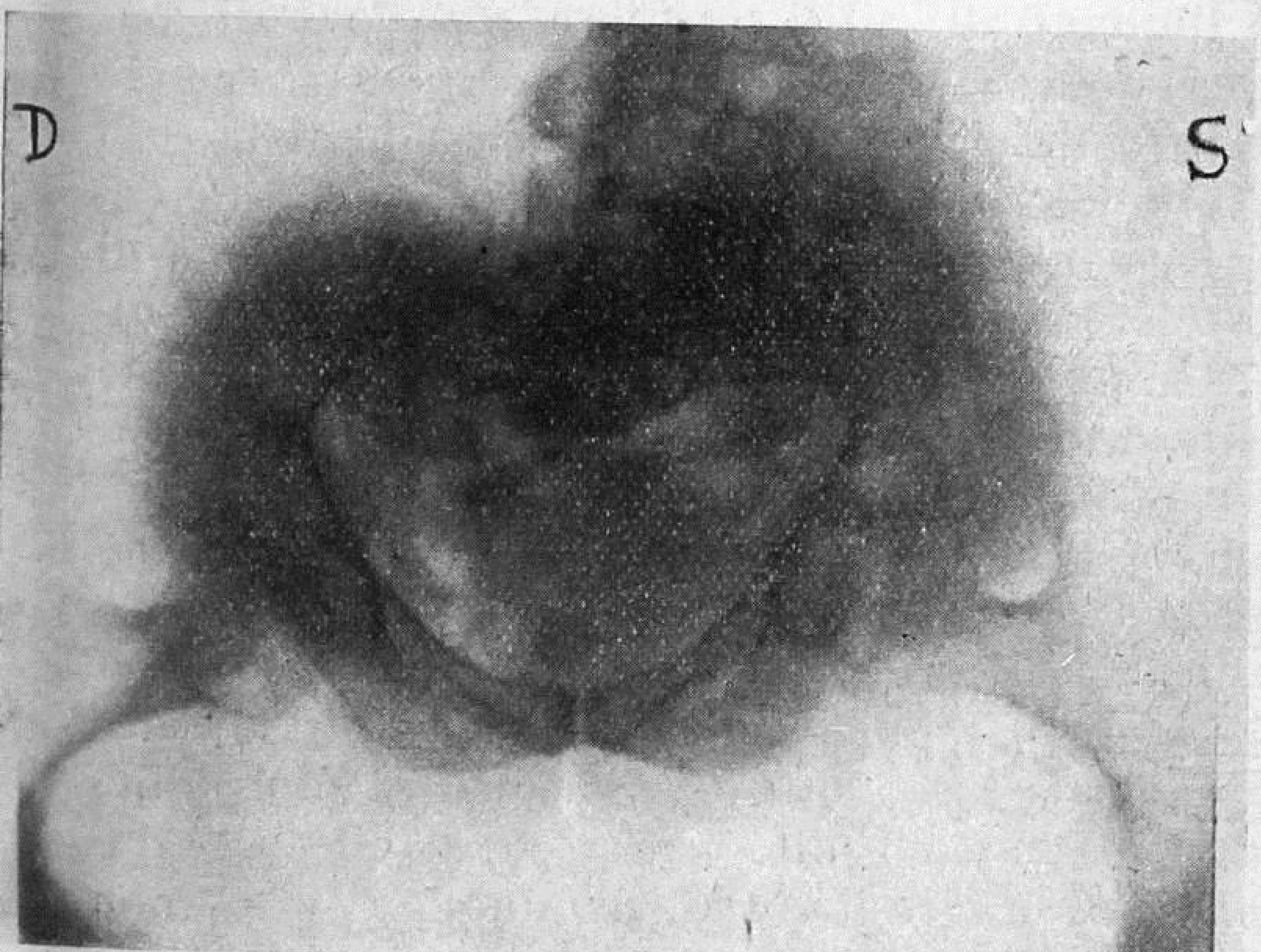


FIG. 1.

anni lo scheletro si andava sviluppando in maniera abnorme. A 6 anni cadde da una scala; guarì ma il torace rimase deformato per una gibbosità comparsa nella metà destra. In pari tempo il paz. cresceva, ma bilateralmente i femori non si sono quasi affatto sviluppati. Poco ricorda il paz. dei suoi primi anni; solo afferma che la sua deformità non gli è mai stata d'ostacolo nella vita; ha imparato il mestiere di tappezziere che ha esercitato con una certa fortuna e — così afferma lui — non gli sono mancate nemmeno esperienze d'ordine sessuale. Non ha mai abusato di vino. È giunto fino all'età attuale senza ricorrere a medici. Ora si presenta all'Ambulatorio perchè va soggetto ad un lieve tremore alle mani.

Esame obbiettivo (25 marzo 1929). — Soggetto di apparenza deforme, nano, con testa di grandezza quasi normale sopra un corpo di proporzioni molto ridotte. Quando sta seduto la deformità si nota assai meno, perchè il mancato sviluppo osseo è quasi tutto a carico del femore.

Statura m. 1,358; perimetro toracico m. 0,85; grande apertura delle braccia m. 1,63.

Misure del cranio: diam. anteroposteriore

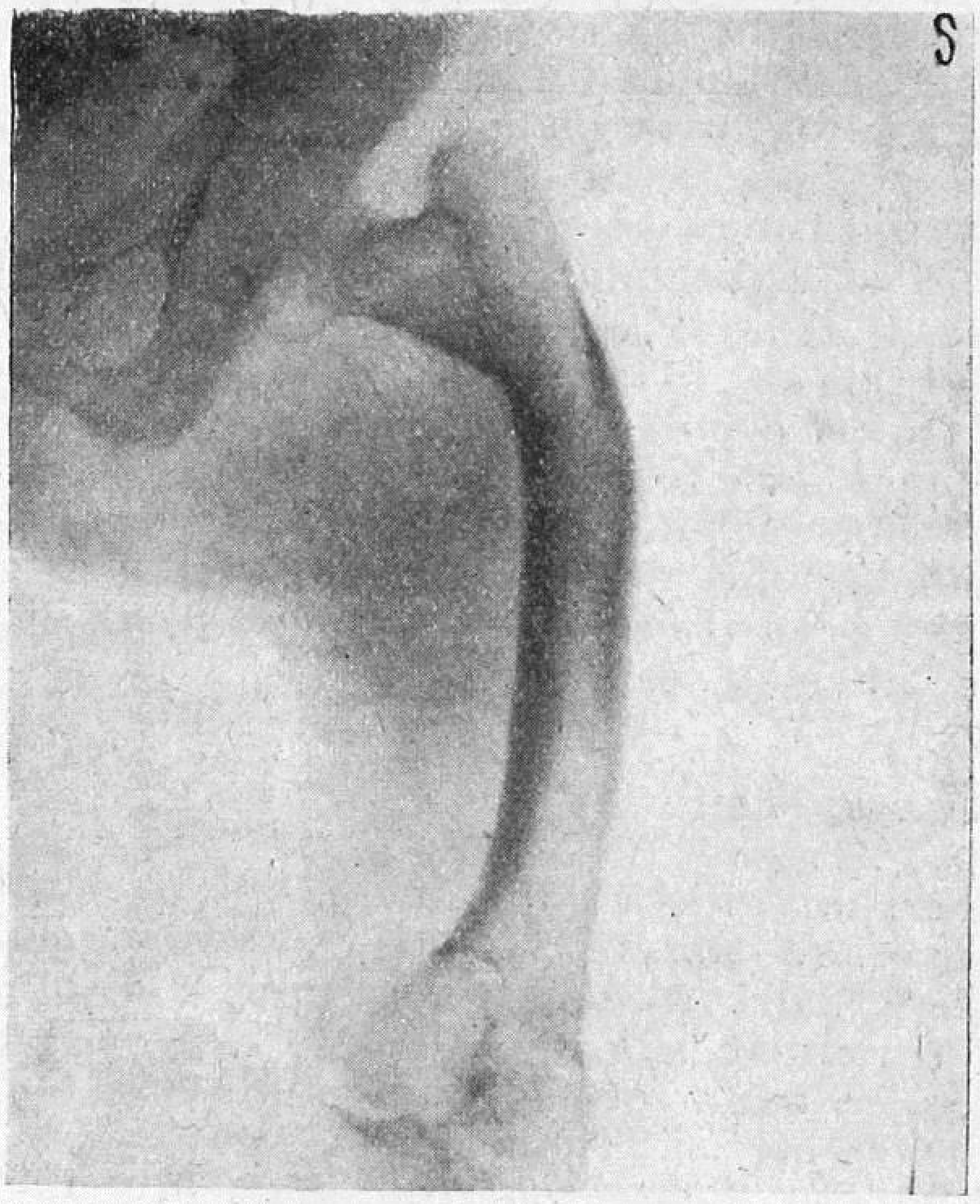


FIG. 2.

mm. 172, bitemporale mm. 136, indice cefalico 79,1. Tipo leggermente dolicocefalo. Circonferenza cranica mm. 536. Semicerchio frontale mm. 275. Lunghezza della fronte mm. 122, altezza



FIG. 3.

mm. 59. Diametro bizigomatico mm. 65. Nulla da notare a carico della forma della scatola cranica, delle ossa facciali e delle arcate dentarie.

Sul dorso, dal lato destro, esiste una vasta sporgenza che interessa tutta la regione scapolare, misurante mm. 205 dall'alto in basso e

132 trasversalmente; sporge circa 10 cm. dal piano del dorso. Il colorito della cute è normale. La metà sinistra del dorso presenta per contro un avvallamento corrispondente ai limiti della gibbosità della metà destra. Il paz. riferisce di essere caduto dalle scale all'età di 6 anni e di aver riportato in conseguenza la gibbosità descritta; l'avvallamento sarebbe un fatto vicariante prodotto in secondo tempo per la posizione contratta nel lavoro.

La linea mento-xifoidea è di mm. 208, la xifo-ombelicale di mm. 184, la ombelicale-pubica di mm. 185.

Il bacino è di apparenza normale. L'impianto dei femori è pure normale per posizione; però lo sviluppo delle coscie è così piccolo che il paz. non appare più alto nella stazione eretta di quanto sembri quando sta seduto. Le ossa della gamba e del piede non presentano nulla di notevole all'esame esterno.

Misure degli arti inferiori:

	destra	sinistra
dalla spina iliaca anteriore-superiore alla faccia anteriore della rotula	mm. 308	mm. 295
dal trocantere alla faccia anteriore della rotula	mm. 332	mm. 315
dalla faccia anteriore della rotula al malleolo esterno	mm. 379	mm. 372
dalla spina iliaca anteriore-superiore al malleolo esterno	mm. 628	mm. 621

Le masse muscolari sono ovunque normalmente sviluppate e di tono normale.

All'ascoltazione del cuore il primo tono è soffiante sulla punta, il secondo rinforzato sui focolai della base. L'ictus della punta è a tre dita all'interno dell'emiclaveare sinistra. Aja d'ottusità cardiaca debordante a destra dal margine sternale. Polso frequente (91). Visibile la danza delle carotidi. È presente anche il sintomo di Olliver-Cardarelli.

Nulla a carico dell'apparato respiratorio.

Addome globoso, tumido, trattabile e indolente. Fegato e milza nei limiti.

All'esame del sistema nervoso si nota: integra la motilità attiva e passiva in tutte le sezioni; tremori grossolani a larghe oscillazioni, anche nello stato di riposo, alle mani ed alla lingua protrusa; questa è solcata, d'aspetto cerebroide. Sensibilità superficiale e profonda ben conservata. Vista buona, salvo leggera ipermetropia venuta con l'età. Udito debole: il diapason bilateralmente è percepito solo sino a 20 cm. circa dall'orecchio. Vivaci i riflessi tendinei superiori ed inferiori. Alluci plantari. Cremasterici e addominali deboli. Pupille eguali con iridi reagenti alla luce ed all'accomodazione. Nulla a carico dela parola articolata.

Nulla nelle orine, R. W. nel sangue negativa.

Psichicamente il paz. è piuttosto infantile, non molto intelligente, insiste nel ripetere che si sente bene e che il suo difetto fisico non lo ostacola nella vita. La sfera sentimentale è certamente un po' attutita. Non esistono peraltro dei veri e propri *deficit*.

Esame radiologico. La radiografia del bacino (fig. 1) permette di rilevare una leggera asimmetria delle ossa del cinto pelvico: tutto il bacino è ruotato un poco in alto e a destra, e la metà destra sembra un po' più grande della sinistra. La colonna lombare è nettamente deviata verso sinistra. Nulla di anormale si nota nella struttura delle ossa pelviche.

La radiografia del femore sinistro (fig. 2) fa rilevare innanzi tutto che il femore stesso è nettamente arcuato, con la concavità rivolta all'esterno. Esistono piccoli focolai di rarefazione nella testa del femore, mentre un focolaio di rarefazione molto più vasto occupa la quasi totalità del gran troncatere. Poco denso appare l'osso pure nella diafisi. Dal terzo inferiore in giù, e per tutta l'epifisi distale, la rarefazione è tale che il tessuto perde le caratteristiche del tessuto osseo: si notano solo i contorni esterni dell'osso ed i sepimenti che separano tra di loro i due condili terminali ed i condili dalla diafisi ossea.

La radiografia del femore destro (fig. 3) mostra lesioni analoghe, ma di minore intensità: l'arcuazione è meno accentuata, e la rarefazione, salvo che nell'epifisi distale, meno intensa.

Ho voluto illustrare questo caso perchè sono rarissimi i casi descritti di acondroplasia con arresto nello sviluppo della diafisi ossea; i casi di acondroplasia del femore generalmente si limitano all'epifisi superiore, e portano di conseguenza a coxa vara od a coxa plana. Secondo la definizione che ne dà Uffredduzzi il caso ora descritto rientrerebbe nell'osteocondrite deformante infantile: io ho usato il termine di micromelia per insistere maggiormente sull'accorciamento degli arti, che nel presente malato è il sintomo più appariscente.

È molto probabile che la lesione ossea interessante la colonna dorsale sia completamente indipendente dalla micromelia dei femori: la prima è un fatto accidentale, causato dal trauma che il paz. ha patito da bambino, la seconda invece è con ogni probabilità un fatto congenito che si è manifestato durante la crescita. Dall'anamnesi, è vero, non risulterebbero tare ereditarie: ma le notizie in proposito sono oltremodo incerte, perchè il paz. ricorda poco e non mi è stato possibile avvicinare nessuno dei suoi familiari. Anche l'assenza di lesioni a carico dei nervi spinali parla contro l'origine acondroplasica di questa affezione; tali disturbi, secondo Weger e Nissembaum, non mancano mai.

Veri casi di micromelia sono quelli descritti da Novotjelnow, che ha studiato tre malati con micromelia bilaterale delle ossa dell'avambraccio, in tutto simili al caso mio per diagnosi radiologica e per decorso; da Brandes, che ha notato accorciamento dell'arto inferiore — da un solo lato — in dieci bambini; il radiogramma mostrava rarefazione ossea; v'era in più atrofia muscolare dell'arto malato mentre nel caso mio le masse muscolari femorali,

per quanto necessariamente ridotte di lunghezza, non apparivano ipotrofiche. Lieschied e Sellheim hanno descritto una micromelia bilaterale dei femori in una ragazza di 21 anni, nella quale peraltro apparivano decalcificati all'esame radiografico anche le ulne ed i radii; le ossa metacarpali pure erano diminuite di lunghezza. La malata presentava notevoli disturbi endocrini: non era mai stata mestruata, il timo era grande e tale appariva pure l'ipofisi all'indagine radiologica.

Invece l'acondroplasia giovanile delle ossa del femore non si accompagna da diminuzione nella lunghezza della diafisi ossea nei casi descritti da Perthes, Wilkie, Reiley, Mouchet e Ill, Calvé, Guibal, Lehmann, Smarievic, Rosentahl e Günzburg, Nisio, Fründ, Von Haelst, Ignatowsky. Si tratta di malati generalmente fanciulli, con lesioni per lo più unilaterali, ma limitate all'epifisi superiore del femore; spesso c'è accorciamento dell'arto per difettosa posizione del femore (coxa vara o valga), ma la misura del femore, dalla spina iliaca anteriore-superiore alla faccia anteriore della rotula, non mostra accorciamento di questa sezione dell'arto.

Riguardo all'etiologia quasi tutti gli autori sono concordi nel sostenere che la causa è congenita: solo il caso di Wilkie e due di quelli di Smarievic sono insorti in seguito a traumi. Legg, il primo che descrisse queste forme, ne attribuisce la causa a disturbi di ordine circolatorio. Io riterrei piuttosto, in base anche al caso di Lieschied e Sellheim, che vi deve aver parte precipua l'alterato ricambio, legato probabilmente a disturbi endocrini: il fatto essenziale è il mancato assorbimento del calcio da parte del tessuto osseo in formazione, e ciò è provato anche dagli esami radiologici. La lesione ossea, come osserva Bertolotto, è forse essenzialmente meno grave di quanto appaia dal radiogramma, appunto perchè questo rivela più che altro le deficienze di calcificazione. Per l'etiliogia congenita si sono pronunciati, oltre agli autori già menzionati, anche Sorrel e Zaaijer.

Il caso che ho esaminato mi pare interessante, oltre che per la rarità dell'osservazione, anche perchè dimostra che la causa congenita che è responsabile dell'acondroplasia non si accompagna necessariamente ad altri sintomi ad etiologia più grave. Infatti, se ci fosse stata carie tubercolare delle ossa, sifilide ereditaria, o qualche grave alterazione del ricambio, il paz. non si troverebbe ora a quasi settant'anni in condizione di poter esercitare ancora il suo mestiere di tappezziere, senza altri disturbi negli organi interni che un'insufficienza aortica, perfettamente compensata. Anche il fatto che non gli siano mancate esperienze sessuali dimostra che, contrariamente a quanto avvenne nella malata di Lieschied e Sellheim, non c'è stata una concomitante deficienza delle ghiandole genitali. Il paz. ha certo condotto un'esistenza misera, ma sempre tale da soddisfare le sue scarsissime aspirazioni. Nessuna cura, a quanto egli riferice, fu mai tentata.

AUTORIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di micromelia bilaterale dei femori. Il paz. ha uno sviluppo scheletrico di proporzioni pressochè normali ovunque, fatta eccezione dei femori in cui le diafisi sono quasi completamente arrestate nello sviluppo. Dal confronto con altri casi della letteratura medica l'A. si associa a coloro che ritengono che la causa di tali affezioni sia congenita.

BIBLIOGRAFIA.

1. Bertolotto. *Trattato di Diagnostica Radiologica.* cap. V.
2. Brandes. Recensito in « Zentralblatt f. d. g. Chirurgie ». Vol. V, 1914.
3. Id. Archiv. f. Orthopedic u. Unfall. Chirurggie, vol. XVII, 1920.
4. Calvé. Journal of Orthopedy & Surgey, vol. III, 1921.
5. Fründ. 46° Vers. d. Deutsche Ges. f. Chirurgie, Berlin, 1922.
6. Guibal. Archives franco-belges de Chirurgie, vol. XXV, 1922.
7. Ignatowsky. Recensito in « Zentrablatt f. d. g. Chirurgie », vol. 38, 1927.
8. Legg. Archives franco-belges de Chirurgie, vol. XXV, 1922.
9. Lehmann. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, vol. 178°, 1923.
10. Lieshied & Sellheim. Deut. Zeitschrift f. Chirurgie, vol. 185°, 1924.
11. Mouchet & Ill. Revue d'Orthopédie, volume VIII, 1921.
12. Nisio. Il Policlinico. Sez. Chirurgica, 1927.
13. Novotjelnow. Recensito in « Zentralbatt f. d. g. Chirurgie », vol. 38°, 1927.
14. Perthes. Archiv f. Klinik Chirurgische, volume 101°, 1913.
15. Id. Zentralblatt f. Chirurgie, vol. 47°, 1920, fasc. 6.
16. Id. Ibid., fasc. 22.
17. Reiley. American Journal of Roentgenology, vol. VII, 1920.
18. Rosenthal & Gurzburg. Rec. in « Zentralblatt f. d. g. Chirurgie », vol. 36°, 1926.
19. Smarjevic. Ibid., vol. 36°, 1926.
20. Sorrel. Archives franco-belges de Chirurgie, vol. 25°, 1922.
21. Uffreduzzi. Chirurgia d. Organi di Movimento, anno VII, 1923.
22. Von Haelst. Le Scalpel, vol. 74°, 1921.
23. Weger & Wissabaum. Archiv. f. Psychiatrie, vol. 87°, 1928.
24. Wilkie. Edinburgh Medical Journal, vol. 12°, 1914.
25. Zaijer. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, volume 163°, 1921.

TECNICA.

Rachianestesia sacrale o anestesia sacrale, in chirurgia.

Prof. Ernesto Bellandi,
l. d. di Clin. Ostetrico-Ginecologica, Pisa.

È noto che in varie affezioni dolorose e spasmodiche delle regioni innervate dal plesso sacrale e sacro-coccigeo si usi somministrare anestetici mediante l'*iniezione epidurale*, cioè nel canale rachidiano al di fuori del manicotto della dura madre, pungendo la membrana otturatrice dell'orifizio infero-posteriore del canale sacrale per penetrare in questo, e mettere così a contatto dei nervi sacrali contenutivi l'anestetico.

Ma è meno noto l'uso dell'anestesia con tale iniezione a scopo chirurgico quando si abbia ad operare sul perineo, ano e tutte le parti innervate dai nervi sacrali. Vi sono infatti casi, in cui, anche se non si adoperi per i suoi pregi esclusivamente questo modo di anestesia in dette regioni, è necessario ricorrervi, anzi è provvidenziale la sua possibilità. S'immagini un soggetto che debba essere operato, ad esempio, di emorroidi, ma che non possa essere sottomesso all'anestesia generale, nè sia possibile attuare l'anestesia rachidea lombare, nè quella locale per grave alterazione della cute perineale.

A me è capitato un tal caso, e mi sono giovato appunto dell'Anestesia Sacrale con ottimo risultato. Credo quindi possa interessare di descrivere in modo dettagliato questo metodo.

Non devesi confondere con il metodo dell'*Anestesia parasacrale o presacrale o prevertebrale* e con l'*Anestesia transacrale*, che costituiscono modalità tutto affatto differenti da quella in parola pur proponendosi lo stesso scopo di anestetizzare i nervi sacrali.

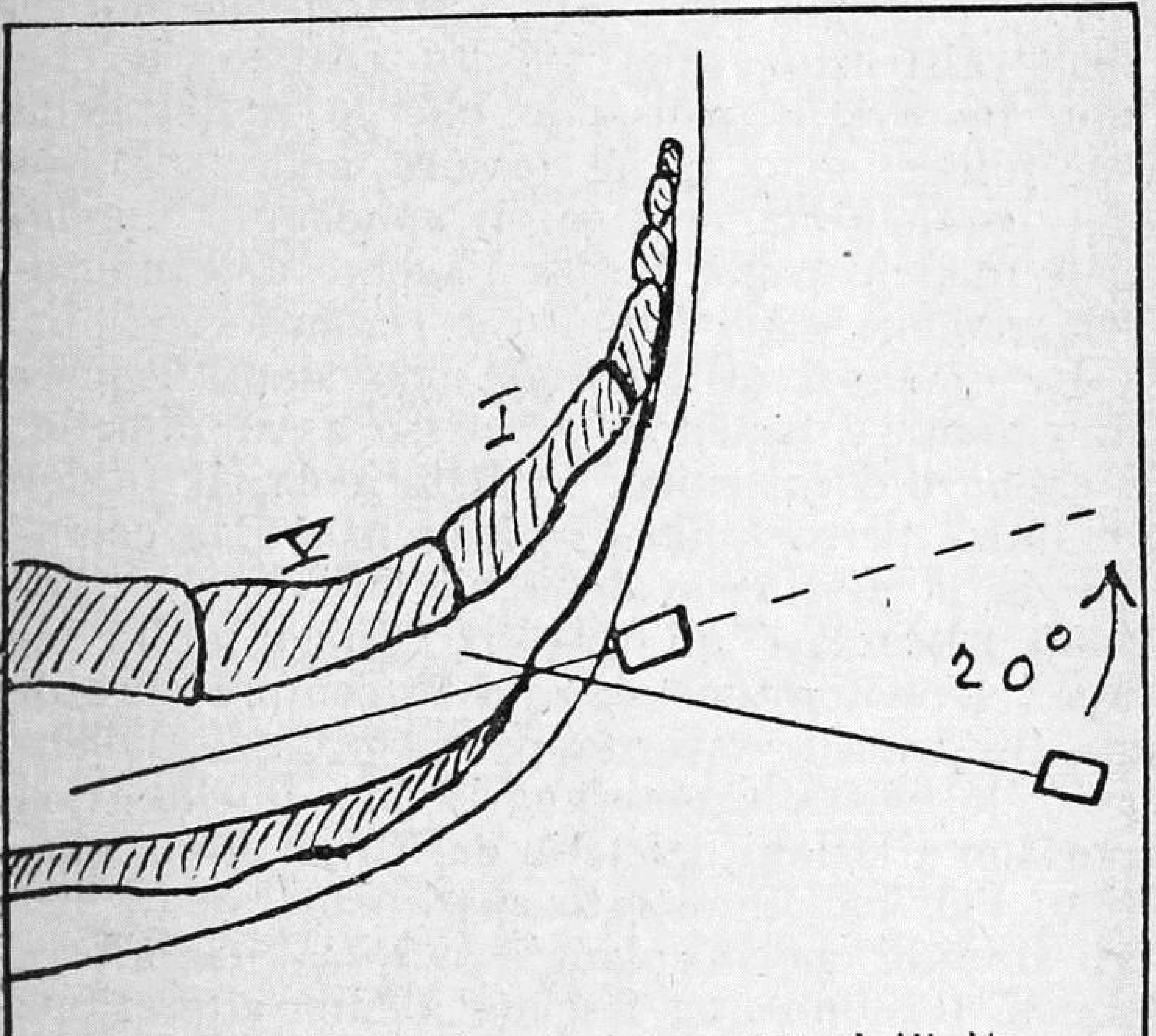
Il *canale sacrale* è la parte distale del canale vertebrale; termina alla sua estremità inferiore con un orifizio che volge all'indietro, e che perciò è detto *orifizio sacrale infero-posteriore*. Tale orifizio è limitato *in alto* dalla *cresta sacrale*, cioè dall'ultima apofisi spinosa di questa cresta che quivi generalmente si biforca in due lamine divergenti; *ai lati* dai *quinti tubercoli sacrali postero-interni* (le corna del sacro sono più distali, e sono articolate con le corna del coccige); *in basso* dal margine posteriore della base del coccige. L'orifizio ha la forma triangolare con l'apice in alto; è chiuso da una membrana, *membrana otturatrice sacrale*, che dà al dito palpante al disopra della cute la sensazione di una *fontanella*. Il luogo di elezione della sua puntura, è in alto, all'apice del triangolo.

La *fontanella sacrale* è situata circa due centimetri all'indietro (più distalmente) dell'estremo del solco internaticale, badando però che nel decubito laterale la fontanella non trovasi sulla medesima linea orizzontale di tale solco ma circa un centimetro più in alto.

Per procedere alla puntura della *fontanella sacrale* si pone il soggetto nella posizione di Sims (decubito laterale sinistro con inclinazione addominale sul piano del letto, gambe e coscie flesse a cane di fucile). In tale posizione i nervi sacrali si avvicinano alla parete anteriore del canale e così si forma maggior spazio epidurale.

Riconoscimento della membrana otturatrice sacrale postero-inferiore: il polpastrello dell'indice sinistro segue la cresta sacrale verso il coccige sin quando sente una depressione limitata da tre sporgenze ossee, che sono l'estremo inferiore della cresta sacrale, il quinto o ultimo (distalmente) tubercolo sacrale postero-interno di destra e quello di sinistra; questi due tubercoli sono costanti, e sono anche visibili a fior di pelle negli individui magri. S'intende che si è prima provveduto alla disinfezione ed asepsi necessarie. L'indice sinistro con la sua punta immobilizza la pelle all'apice del triangolo; qui con la mano destra che tiene una siringa da iniezione ipodermica armata da un corto e fine ago, meglio quella di Gentile per l'anestesia locale, contenente un po' della soluzione anestetica, si inietta sotto cute poche gocce della soluzione; si posa allora questa siringa, e dopo pochi minuti si prende l'ago cannula preparato, che è fine, di circa 6 a 7 decimi di millimetro di diametro, e lungo circa 5 a 6 centimetri, questo si infigge in detto apice del triangolo, tenendolo quasi perpendicolare (o un po' obliquo distalmente) alla membrana otturatrice; sotto la cute s'incontra la resistenza di tale membrana, ma, oltrepassata questa, l'ago deve cambiare direzione avvicinandone il padiglione verso il coccige da formare un angolo di circa 20° con la prima direzione, e si spinge nel piano mediano per circa 4 a 5 cm. di profondità; esso entra così liberamente in un corpo molle; se invece urtasse contro una parte dura, data dalla parete anteriore del canale, lo si ritira appena, e si piega un po' di più il suo padiglione verso il coccige, mentre il polpastrello

dell'indice sinistro preme l'ago alquanto verso la base del triangolo, e così si spinge di nuovo e si penetra nel canale sacrale. Nel caso che non si fosse riusciti a raggiungere la membrana otturatrice, non è necessario di rinnovare la puntura dalla cute, ma anche in tale evenienza si ritira un po' l'ago mantenendone la punta nel tessuto sottocutaneo, e si cercherà meglio la giusta direzione. Dall'ago, completamente introdotto, ed il suo padiglione si trova allora vicino alla cute, non deve fuoruscire liquido nè sangue; nel primo caso si sarebbe dinanzi ad un'anomalia di estensione del cono durale, che sarebbe stato perciò punto come nella puntura rachidiana lombare (intradurale).



Decubito laterale sinistro visto dall'alto.

Si applica adesso all'ago la siringa sterilizzata contenente il liquido pure sterilizzato per l'anestesia, e questo viene spinto lentamente nel canale sacrale. Per le indicazioni del Cathelin nell'iniezione epidurale si devono iniettare da cmc. 20 a cmc. 40 di liquido; allo scopo chirurgico s'intende che il titolo della soluzione anestetica è in rapporto alla quantità che se ne inietta, così non si potrà usare la soluzione che serve per l'anestesia lombare, di cui si iniettano soli 3 cmc., bensì una soluzione a titolo molto minore. Nondimeno conforme la pratica del Thomson (*Med. Record*, 14-6-19, riportato da *Policlinico*, S. P., 1919, n. 43) occorrono circa gr. 0,35 di novocaina per l'anestesia chirurgica. Io ho preferito alla novocaina l'Allocaïne Lumière (Cloridrato di paramino-benzoil-dietil-amino-etanol) che ha le stesse proprietà anestetiche e che si usa alla stessa dose, per il vantaggio che ci dà di potere sottoporla alla sterilizzazione senza alterarsi; nè vi ho aggiunto il cloruro di calcio, come ha fatto il Thomson, giacchè l'adrenalina al ‰ che si trova già nella soluzione di Allocaïne (gocce XXV:100) ha lo stesso fine emostatico, e le soluzioni Allocaïne-Adrenaline preparate dai Laboratori Lumière sono di perfetta conservazione anche se tenute alla luce; inoltre l'Allocaïne è stato provato che è sette volte meno tossica della cocaina. Ho dunque adoperato con buon risultato, la soluzione di Allocaïne-Adrenaline all'1 % nella quantità di circa cmc. 30. Terminata l'iniezione, si ritira l'ago; con un batuffoletto sterilizzato si sposta un po' in qua e un po' in là la cute dove è stata forata, facendovi anche un po' di pressione, per togliere dalla stessa direzione i vari piani perforati, e vi si applica una goccia di collodione.

L'anestesia occorrente all'intervento operatorio si ha lentamente avvenendo per diffusione; si ha il blocco del plesso sacrale e sacro-coccigeo dopo circa 20 a 30 m'; infatti se si deve procedere ad un'operazione di emorroidi, si nota allora il rilasciamento dello sfintere anale, di cui così si ottiene facilmente la divulsione.

La durata dell'anestesia è di circa una a due ore.

I pregi essenziali dell'anestesia rachidea sacrale (epidurale) in confronto alla rachidea lombare (ipodurale) (v. Bellandi « L'Analgésie Chirurgicale par voie rachidienne » *C. R. 1.er Congrès Egyptien de Médecine*, 1902), sono l'assenza dei disturbi post-operatori, come le nausee, la febbre, la cefalea, e tanto meno di quei disturbi gravi che talvolta, raramente, seguono l'anestesia lombare; dipendenti dai squilibri di pressione del liquido cefalo-rachidiano o dall'azione tossica dell'anestetico oltre i limiti necessari.

RIASSUNTO.

L'A. descrive il *canale sacrale* terminante con la *membrana otturatrice sacrale*, e la tecnica per pungere tale membrana ed iniettare nel canale un anestetico. Ha usato con ottimo risultato per l'operazione delle emorroidi l'Allocaïne Lumière all' 1 %, in quantità di cmc. 30, preferibile per i suoi pregi di minor tossicità e non alterabilità.

Viareggio 10-10-29 - VII.

LEZIONI.

Diagnosi e cura delle malattie delle vie biliari profonde.

(UMBER. *Deut. Mediz. Woch.*, n. 52, 1929).

Caso I. — Uomo di 38 anni; nulla nell'anamnesi remota; 6 giorni prima del suo ingresso febbre con senso di perfrigerazione, disappetenza; entra in clinica il 7-II-1929. All'esame obbiettivo modico ingrandimento del fegato e della milza; nulla al cuore e ai reni, la cistifellea non è palpabile, indolente il punto cistico; febbre; feci acoliche, urine con bilirubina. Esce dopo 2 settimane, guarito; si fa diagnosi di « colangia infettiva ».

Sei settimane più tardi l'ittero e gli altri sintomi ricompaiono; è nuovamente esaminato il 22-V; anche questa volta il fegato è modicamente ingrossato, la cistifellea non si palpa; si fa diagnosi di « colangia lenta »; il paz. è dimesso dopo un mese, in ottime condizioni. Dopo un breve periodo di completo benessere ritornano la febbre e l'ittero; ricoverato per la terza volta il 3-VII si nota che il fegato deborda di un dito circa dall'arco, si ode un soffio sistolico sul focolaio della mitrale, gli arti inferiori sono un po' edematosi, la febbre è irregolare; più tardi compare un ascesso tromboflebitico della gamba sinistra e il 25-VII si manifestano tutti i segni di una lesione gravissima del parenchima epatico: foetor epaticus, aminoacidi e traccie di leucina nelle urine ecc.; gli edemi crescono, compare ascite, emorragie cutanee, infine coma epatico e morte il 27-VII. Diagnosi clinica: colangia lenta con atrofia epatica secondaria a decorso subacuto.

L'esame anatomo-patologico conferma pienamente la diagnosi clinica; microscopicamente la struttura del fegato è gravemente alterata, si nota abbondante tessuto di granulazione antico e recente, racchiudente gruppi di cellule in piena necrosi o altamente degenerate; infiltrati parvicellulari pericolangici; in seno al tessuto neoformato, masse di canalicoli biliari, anch'essi neoformati: qua e là cosidetti nodi di cellule epatiche ipertrofiche; le vie biliari extraepatiche e la V. porta erano affatto libere. Nella milza ipertrofia della polpa, con atrofia dei glomeruli e accrescimento del reticolo, iperemia ed emorragie. Nulla di notevole negli altri organi.

L'O. riporta questo caso perchè esso può dimostrare come un'infezione che ha sede nelle vie biliari profonde possa clinicamente manifestarsi; esso dimostra infatti che l'infezione ha raggiunto a tappe il tessuto epatico determinandovi delle alterazioni nel senso di una atrofia subacuta, con formazione di noduli di Marchand e con una cirrosi iniziale. Si entra così nel campo della infezione delle vie biliari profonde.

Le vie per cui i veleni possono giungere al fegato sono la sanguigna, la linfatica e sopratutto la biliare; queste a lor volta possono infettarsi per via duodenale, ma più spesso sanguigna e linfatica; tale infezione può guarire o rappresentare la prima tappa verso le molteplici lesioni del fegato.

Nasce così il concetto clinico della colangia, come la concepì Naunynn; essa si rivela con tutta una serie di sintomi; si possono avere piccole elevazioni termiche, non continue ma ad intervalli, e talora elevazioni brusche precedute da brividi, ittero lieve o subittero, tumor di milza prima molle poi duro, modica tumefazione del fegato che è sensibile alla palpazione, talvolta vere e proprie coliche con irradiazioni al dorso. In genere la malattia recidiva e può finir col dare tutti i sintomi clamorosi della distruzione del tessuto epatico, il che non meraviglia pensando che le radici delle vie biliari sono come fessure nello spessore del parenchima epatico; il sondaggio duodenale qualche volta indica l'agente dell'infezione, qualche volta è muto a riguardo.

La diagnosi differenziale con stadii leggeri di colelitiasi calcolosa è spesso assai difficile; i segni dell'infezione, le febbricole, il tumor di milza permettono di differenziare le colangie dalle discinesie delle vie biliari che possono presentare un quadro clinico molto simile. L'anatomo-patologo avrà sempre cura di stabilir bene le varie tappe del processo colangico; le forme leggere guariscono, quelle gravi portano a lesioni deleterie del parenchima epatico; l'O. ha dimostrato sperimentalmente negli animali che le colangie artificialmente provocate possono non lasciare alcuna alterazione nelle vie biliari. La giusta osservazione di Aschoff che già nelle semplici stasi si trovino degli accumuli di piccole cellule intorno ai vasi biliari rende ancor più difficile il compito dell'anatomo-patologo; in conclusione la colangia è e rimarrà sempre un concetto essenzialmente clinico, il cui quadro istologico è colto solo eccezionalmente, nella fase di maggior accentuazione clinica, e consiste allora nella infiltrazione parvicellulare con danno dell'epitelio delle vie biliari.

Attraverso questi processi infettivi si giunge facilmente, se viene ad aggiungersi una diatesi del ricambio, alla formazione di calcoli: si sa poi oggi che i piccoli calcoli di bilirubina e calce si possono formare non solo nei capillari biliari, ma persino entro le cellule epatiche; il fattore diatesico spiega l'accentuato carattere eredo-familiare della colelitiasi.

Contrariamente a quanto sostiene Eppinger l'O. ritiene, e in ciò si accordano con lui Naunynn e Fraenkel, che la colangia sia un quadro clinico assai frequente, giacchè se è vero che si tratta di lesioni del parenchima epatico, la via per cui l'infezione giunge al fegato è appunto la biliare, e la colangia è la prima tappa verso il danno del parenchima.

La scarsezza dei sintomi anatomo-patologici hanno giustamente indotto Naunynn a differenziare nettamente la colangia dalla colangite che ha un decorso tumultuoso e compare in genere associato ad un altro processo, una colecistite, un'appendicite, una colelitiasi; il caso seguente ne dà un esempio chiarissimo.

Caso II. — Una donna di 78 anni, che aveva sempre goduto buona salute, è colpita improvvisamente da una violenta colica epatica, con tutto il corteo classico dei sintomi; gli attacchi si ripetono nei giorni seguenti e quando la paziente entra in Clinica essa ha febbre, il fegato deborda di un dito trasverso ed è sensibile alla palpazione, la cistifellea si palpa indurita; nell'urina l'urobilina è abbondante, il sondaggio con la sondina di Einhorn è positivo; la paziente muore 15 giorni dopo di una broncopolmonite, complicata di debolezza cardiaca: la diagnosi clinica suona « colangite calcolosa » e l'autopsia la conferma pienamente.

L'insorgenza brusca, a carattere infettivo, della colecistite con tumore della cistifellea ben si differenzia da quella della colangia che decorre con febbricole modeste, non a carattere settico e con i segni lentamente progressivi del danno del parenchima epatico. Sono appunto queste infezioni delle vie biliari profonde che spesso compromettono l'esito finale delle operazioni sulla cistifellea, specie se non seguìte da opportuno drenaggio.

Eppinger ha accusato l'O. di confondere la « colangia » con l'« ittero catarrale », ma ciò non ha fondamento perchè il concetto clinico di « ittero catarrale » è ormai superato; l'O. invece è d'accordo con lui nell'ammettere che le infezioni delle vie biliari profonde rappresentino uno stadio iniziale delle malattie del parenchima epatico, sotto forma di atrofie, di cirrosi atrofiche o a nodi ipertrofici. Un classico esempio è offerto dal caso seguente.

Caso III. — Si tratta di un uomo di 53 anni, due fratelli del quale hanno sofferto di colelitiasi; il paz. è corpulento, e dal 1925 accusa crisi di dolore colico all'ipocondrio destro, con tipiche irradiazioni al dorso, accompagnate talora da modico ittero; nel 1925 e nel 1926 venne riscontrato zucchero nelle urine; all'atto del suo ricovero in Clinica presentava un netto aumento della bilirubinemia, scarsa quantità di albumina, molto urobilinogeno nelle urine; glicemia del 2 ‰. Egli morì pochi giorni dopo e l'autopsia dimostrò che le vie biliari extraepatiche erano completamente libere di calcoli e normali, ma che il parenchima mostrava tutti i segni di una tipica cirrosi di Laennec; la milza presentava il quadro classico della sclerosi bulbare ipertrofica.

Questo caso è identico ai tre pubblicati da Naunynn sulla « colangia cirrotica » o meglio sulle coliche colangiche nella cirrosi del fegato.

Per quanto riguarda la cura essa deve anzitutto sopprimere il focolaio di infezione, le tonsille, i processi infettivi delle vie urinarie, digerenti e biliari; se coesiste litiasi della cistifellea o delle grandi vie biliari, bisogna assolutamente intervenire, facendo però seguire all'intervento un accurato e prolungato drenaggio, giovandoci dei vari colagoghi che sono a nostra disposizione (iniezioni sottocutanee di pituitrina e di ipofisina, agobilina, ecc.).

I medicinali più in uso sono il salicilato e i suoi derivati; l'O. adopera spesso la saliformina composta di salicilato e urotropina; sono raccomandabili anche l'urotropina e la tripaflavina per via endovenosa; la somministrazione di solfato di magnesia attraverso la sonda duodenale è utilissima specie se combinata con iniezioni sottocutanee di pituitrina e ipofisina; considerando poi l'importanza che la diminuzione del glicogeno ha sulla diminuzione di resistenza della cellula epatica, si può ricorrere all'insulina che favorisce, come è noto, la glicogenizzazione dei carboidrati; la dieta sarà ricca di carboidrati, povera di proteine e di grassi.

L'intervento chirurgico si impone quando si associa all'infezione un ostacolo da calcoli al deflusso della bile o quando la colangia ha assunto un andamento cronico, minacciando la integrità del parenchima epatico e la vita stessa del paziente. V. SERRA.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA PROFESSIONALE.

Il male degli aviatori.

(M. FRIZZIERO. *Minerva Medica*, n. 2, 1930).

L'insieme dei disturbi che colpiscono gli aviatori in volo, va sotto il nome di « male degli aviatori ». Le variazioni funzionali che l'organismo subisce durante il volo possono dar luogo a malesseri e incidenti anche mortali. Se questi però sono relativamente rari, sono invece comunissimi i vari disturbi che colpiscono i piloti durante il volo.

Sotto il nome di male degli aviatori fino a qualche anno fa, erano compresi quadri sintomatologici diversi che tutti colpiscono l'aviatore in volo, ma che non hanno alcun rapporto fra di loro. Herlitka invece li ha ben distinti ed ha proposto di chiamare « male delle altitudini » quella serie di disturbi che colpiscono gli aviatori nei voli a grandi altezze e che sono analoghi al male di montagna; « male della discesa » i disturbi che si risentono nelle rapide discese; infine « neurastenia degli aviatori », i disturbi dovuti a voli di lunga durata.

Male delle altitudini. Differisce dal mal di montagna, perchè mancano i disturbi dovuti alla fatica. Generalmente la malattia delle altitudini compare verso i 4500 metri: il respiro è dispnoico, il cuore batte più forte, ma non vi è nausea, nè sensazione di ventre gonfio, come in montagna, alla stessa altezza.

Verso i 2000 metri appare l'ipoacusìa, la bocca si fa secca arida, compaiono ronzii alle orecchie. Salendo appare leggera cefalea che verso i 4000 m. diventa penosissima e intollerabile. Verso i 5000 m. si sente la mancanza d'aria, vera sete di aria, la respirazione diventa più rapida ed è specialmente l'inspirazione che manca. La faccia si congestiona e si fa cianotica; certe volte il senso di orinare è violento; nausea e vomiti sono frequenti.

Tutte queste sensazioni non si producono senza essere precedute o accompagnate o seguite da particolari reazioni nei differenti apparati dell'organismo, in primo luogo nell'apparato circolatorio.

Il numero delle pulsazioni cresce con l'altezza fino ai 500 metri, diminuisce poi leggermente fino ai 1200, sopra i 1200 aumenta di nuovo a causa del vento più forte, del freddo più vivo che fa nascere delle reazioni vasomotorie.

La pressione arteriosa massima aumenta al principio del volo (primi 15-20 minuti) poi diminuisce sempre più fino alla massima altezza. La pressione minima varia quasi parallelamente alla pressione massima.

Circa le cause funzionali del male delle altitudini, due dottrine si contendono il campo: quella dell'anossiemia di Paul Bert e quella dell'acapnia di Angelo Mosso.

Sopratutto l'acapnia (diminuita tensione dell'acido carbonico nel sangue) è quella che più mette in pericolo la vita degli aviatori, essendo stato dimostrato che l'ossigeno da solo non basta a mantenere in tutte le funzioni del cervello nelle fortissime depressioni barometriche, mentre è capace di rianimare le funzioni depresse dell'organismo.

Uno dei problemi più gravi dell'aviazione è stato quindi quello di cercare di difendere gli aviatori da questa malattia, non potendo gli aviatori rinunziare alle alte quote, per i notevoli vantaggi che esse offrono per il volo (regolarità correnti aeree, assenza di nubi, maggior facilità dell'apparecchio di ritornare in equilibrio, ecc.).

Fra i dispositivi proposti per difendere il pilota dal male delle altitudini, oggi è invalso il parere di somministrare una miscela respiratoria di ossigeno e di anidride carbonica, a mezzo di un apparecchio che la dosa automaticamente e proporzionalmente all'altezza.

Per la difesa contro il freddo vengono al giorno d'oggi adoperati ingegnosi apparecchi che forniscono il caldo su tutto il corpo; l'otturamento del condotto uditivo esterno serve a diminuire in parte le sensazioni, a volte dolorose, intrauricolari.

Male della discesa. Se la discesa è normale, il pilota non prova che ronzii d'orecchie, con sensazione di pienezza auricolare, che la pronta deglutizione attenua e fa scomparire; se la discesa invece è rapida, detti fenomeni sono più accentuati ed oltre a ciò il pilota prova sonnolenza, ode confusamente, l'occhio perde momentaneamente la nozione della distanza e dell'altimetria. Contemporaneamente vi è tachicardia, la faccia si congestiona e la cefalea aumenta a misura che la discesa è più rapida.

Esaminando tutti questi fenomeni, si vede che essi sono di due ordini: gli uni essenzialmente auricolari e consistono nell'assordamento, nei dolori e nei rumori; gli altri interessano lo stato generale.

Le cause dei primi sono dovute, in un soggetto normale, alle differenze di pressione troppo rapide; riguardo la seconda serie di disturbi generali circolatori, secondo Herlitzka, si tratterebbe di un fenomeno che ha la sua origine nell'orecchio interno.

Disturbi neurastenici o neurastenia degli aviatori. Una terza serie di disturbi, chiamati disturbi neurastenici, sono quelli che colgono il pilota in seguito a voli di lunga durata. Pochi autori si sono occupati di questa particolare sindrome, tuttavia quei pochi sono d'accordo nel ritenere questi disturbi dipendenti da due grandi cause:

1) *eccessivo sforzo fisico.* Primo a risentirne è il muscolo cardiaco, da cui l'astenia cardiaca. Detta astenia si manifesta subiettivamente con un'immensa stanchezza ed una estrema fatica; obiettivamente con un'ipotensione della pressione massima e minima e con un aumento del volume del cuore.

Tali disordini sono transitori, ma possono essere causa di fatali inconvenienti di volo;

2) *eccessivo sforzo psichico.* La condotta dell'apparecchio non rappresenta per l'aviatore che una serie di riflessi automatici, senza nessuna fatica cerebrale. Invece l'attenzione dell'aviatore deve portarsi al riconoscimento della rotta, all'osservazione degli strumenti di bordo, al volo da portare a termine, all'osservazione dell'orizzonte, e tutto ciò richiede da parte del pilota un grande sforzo di volontà.

Tra le cause quindi che producono la neurastenia degli aviatori si può considerare questa astenia psichica.

Concludendo, si può dire che le nostre funzioni ad alte quote sono ben diverse da quelle che si osservano al basso.

Lo studio dei disturbi degli aviatori e delle loro cause e la ricerca dei mezzi atti a prevenirli sono indispensabili alla completa riuscita dell'aviazione, che è quella della conquista delle alte quote. A. P.

ENDOCRINOLOGIA.

I nuovi ormoni ipofisari.

(E. BONILLA. *La Medicina Ibera*, 14 dic. 1929).

Gli estratti totali della ghiandola ipofisi sono del tutto inefficaci e si può accordar loro solamente valore suggestivo. Fino a poco tempo fa la medicina disponeva soltanto della pituitrina: estratto del lobulo posteriore: essa costituisce l'unico rimedio specifico del diabete insipido, ma oltre a ciò possiede molte altre indicazioni terapeutiche. In primo luogo è ado-

perata come eccitante delle contrazioni uterine ed è anche utile nella paralisi intestinale, nella atonia vescicale post-operatoria ecc. È stato consigliato l'uso della pituitrina nella litiasi renale per facilitare l'espulsione del calcolo per mezzo di contrazioni dell'uretere, nelle emottisi come facilitante la coagulazione del sangue e negli accidenti cardio-vascolari nel corso delle malattie infettive ove agirebbe come ipertensiva.

Da poco tempo si tende ad accordare valore terapeutico anche agli estratti del lobulo anteriore: questi eserciterebbero influenza eccitatrice molto accentuata sullo sviluppo e sulle funzioni dell'apparato genitale femminile ed anche sulla secrezione lattea.

Assai di recente si è dimostrato che nel lobulo posteriore dell'ipofisi esistono due ormoni con proprietà farmaco-dinamiche e fisiologiche differenti: uno oxitocico e l'altro ipertensivo che sono stati separati con speciale procedimento, ed ottenuti sotto forma di una polvere bianca, solubile in acqua.

Il principio oxitocico (α - hipophamina) e l'ipertensore (β - hipophamina) sono rispettivamente 150 e 80 volte più attivi dell'estratto pituitario tipo. Le soluzioni che li contengono sono state chiamate oxitocina e vasopressina.

Numerosi ricercatori hanno studiato le proprietà fisiologiche e terapeutiche dei nuovi ormoni, paragonandole a quelle della pituitrina. Così hanno dimostrato che l'azione ipertensiva della vasopressina è del tutto simile a quella della pituitrina e che l'effetto antidiuretico dell'estratto ipofisario posteriore è dovuto esclusivamente agli ormoni ipertensivi.

È curioso il fatto che la oxitocina, ormone eccitante della contrazione uterina non esercita alcun effetto sugli altri muscoli lisci, mentre accade il contrario per la vasopressina.

Ambedue gli ormoni provocano una marcata iperglicemia più intensa usando la vasopressina, ma più prolungata con la oxitocina.

Discordanti sono i dati riferiti circa l'influenza dell'estratto post-ipofisario sul metabolismo basale: sembra che determini un aumento passeggero nei p. con la tiroide malata o dopo somministrazione di tiroidina.

Clinicamente sono state adoperate con buoni risultati: la vasopressina nella cura del diabete insipido e nella malattia di Addison e la oxitocina in ostetricia.

Ulteriori studi e più ampie ricerche diranno se la scoperta di questi ormoni rappresenti un valore pratico così grande come quello scientifico. VICENTINI.

Endocrinoneurosi ipotensiva.

(M. LAIGNEL-LAVASTINE. *Gazette des Hôpitaux*, 25 dicembre 1909).

Laignel-Lavastine ha dato il nome di endocrinoneurosi ipotensiva ad una sindrome che si riscontra sopratutto in donne giovani alte, gracili, a collo lungo le quali presentano uno stato di grande esauribilità. All'esame si riscontra ipotensione arteriosa e manifestazioni cutanee di origine simpatica, sopratutto acrocianosi.

Si tratta di una insufficienza pluriglandulare.

Mentalmente queste donne presentano fasi di scoraggiamento con riprese di euforia in rapporto alla labilità del sistema nervoso. Secondo il momento e l'orientazione personale si trovano elementi isterici, neurastenici, psicastenici e psiconeurotici emotivi.

Quest'atmosfera psichica è il risultato d'uno stato di emozioni, di sentimenti, di tendenze in rapporto ad una ipercenestesia diffusa che conduce ad inquietudini ed a manifestazioni ipocondriache.

L'ipercenestesia si manifesta con una particolare sensibilità alle variazioni della tensione elettrica e delle condizioni atmosferiche: queste malate hanno mal di capo quando vanno in un tram a trolley o fanno una passeggiata in una grande pianura, e sanno apprezzare nettamente le variazioni climatiche.

Esiste iperacutezza olfattiva, ipersensibilità sessuale, ipotonia muscolare e lassezza dei legamenti, che consente a queste donne di piegare le dita ad angolo retto sul dorso della mano, ipotonia delle fibre muscolari liscie che spiega la tendenza alle varici, ipotonia arteriosa, per cui si ha malessere nei bruschi cambiamenti di posizione.

I disturbi vasomotori sono rappresentati essenzialmente dall'acrocianosi, dall'arrossamento della punta del naso, dalle variazioni di volume degli arti in rapporto alla posizione ed alle mestruazioni.

Il difetto di tonicità in rapporto ai disturbi vasomotori determina facilmente lipotimia, orticaria (ma non dermografismo), emicranie.

Le manifestazioni in rapporto all'ipotonia delle fibre muscolari liscie consistono nella tendenza alla stitichezza e alla ptosi che secondariamente provoca un'eccitazione del gran simpatico attraverso lo stiramento del plesso solare.

Dal punto di vista pilomotore si constata che le inferme sono generalmente fredde, ma difficilmente hanno la pelle d'oca al contrario di quanto avviene nei soggetti iperortosimpatici.

Dal punto di vista secretorio si hanno corizze con molti sternuti ai menomi cambiamenti di temperatura.

Dal punto di vista trofico si riscontra fragilità della pelle ed instabilità ponderale.

Le mani sono grandi, e si ha spesso uno stato acromegalico dissociato.

Frequente è l'ipertricosi: una leggera ombra sul labbro superiore come l'ha descritta Flaubert in Emma Bovary.

Queste donne hanno i capelli elettrici, che crepitano quando si passa un pettine di celluloide, e dànno anche scintille. Ciò potrebbe spiegare le aureole dei santi.

Il collo è più o meno cilindrico, i seni sono piccoli.

Si ha tendenza alla scoliosi leggera, alla ptosi addominale. Gli arti inferiori sono lunghi e spesso coperti di peli.

Esiste ipoglicemia, ipoadrenalinemia, ipocolesterinemia, acidità ionica con aumento del pH al disopra di 7, indicante l'alcalosi.

Accanto ai fatti che denotano l'iposurrenalismo, ve ne sono altri che indicano disipofismo, come la tendenza all'acromegalia.

V'è instabilità endocrina: stato ipotiroideo con crisi parossistiche d'ipertiroidismo.

L'ipoparatiroidismo è indicato dall'ipocalcemia. Altri fatti deporrebbero per l'iperinsulinismo.

I disordini viscerali consistono nella bulimia e nell'anoressia con riduzione degli alimenti per paura di dolori, donde aggravamento del deperimento, nonchè tutti i disturbi inerenti all'eventuale ptosi dei visceri addominali. Spesso si hanno spasmi intermittenti complicati con l'areofagia con distensione gastrica, la quale comprimendo il cuore provoca crisi di angoscie, o con l'aerocolia, che attraverso i disturbi del colon può condurre a modificazioni della cenestesi o ad interpretazioni ipocondriache.

A carico dell'apparato circolatorio si possono avere stati ansiosi con tachicardia e palpitazioni.

Si può avere ptosi renale con tutti i disturbi renali, nonchè emissione di urine scarse e concentrate in rapporto al fatto che le pazienti non hanno mai sete e bevono poco.

A carico dell'apparato genitale oltre la ptosi, si possono avere iperovarismo e spesso perdite bianche.

Si ha inoltre tendenza all'anafilassi, instabilità ponderale, ipotermia con ipertermie episodiche, ipotonia muscolare.

Si tratta di una sindrome caratterizzata da ipercenestesia con ipotensione arteriosa e vagotonia legate ad iperovarismo ed iposurrenalismo con reazioni vicarianti ipofisarie e tiroidee in individui longilinei, scoliotici, poco muscolosi, ptosici, con cuore agitato, vagotonici, iperaffettivi, poco emotivi.

DR.

AFFEZIONI ADDOMINALI ACUTE.

Il medico pratico di fronte alle affezioni acute chirurgiche dell'addome.

(H. W. CARSON. *The Practitioner*, dic. 1929).

Di grande importanza è il trattamento preliminare delle sindromi acute chirurgiche dell'addome e di fronte ad esse si pone subito il problema se si debba impiegar tempo onde fare le diagnosi differenziali o sia meglio contentarsi della diagnosi generale di affezione chirurgica richiedente un intervento.

Ciò acquista maggior valore se si pensa che in molti casi la prognosi dipende dall'intervallo che passa tra l'inizio della malattia e l'operazione.

L'A. raccomanda di evitare ogni precipitazione nel fare la diagnosi e di ricordarsi che non tutte le sindromi addominali acute sono di indole chirurgica.

Alcune affezioni sono più facilmente diagnosticabili in uno stadio precoce: tali le perforazioni dello stomaco o le emorragie interne, il volvolo e la pancreatite acuta.

Nelle occlusioni intestinali avanzate può essere molto difficile distinguere le occlusioni del tenue da quelle del crasso a causa del meteorismo generalizzato, mentre ciò è relativamente facile all'inizio.

Non si dimentichi mai di fare un esame completo del malato: non solo l'addome deve essere visitato ma anche il torace; i riflessi debbono essere saggiati onde escludere una atassia locomotoria; il polso, la temperatura, il respiro, la pressione del sangue debbonsi registrare; di particolare importanza è l'esame delle orine, delle feci e del vomito.

Dei criteri generali informativi sulla natura della affezione ha importanza l'età: un bambino raramente soffre di disordini addominali acuti ad eccezione dello strozzamento erniario e la intussuscezione; un fanciullo può ammalare di appendicite, di peritonite acuta pneumococcica, o di peritonite tubercolare; a questa età deve sempre essere prospettata la possibilità di una pleurite o broncopolmonite con sintomi addominali; in un adulto di media età la evenienza meno frequente è l'occlusione intestinale a causa della rarità del volvolo e del cancro del colon che inizia più tardi: ma se il p. ha precedentemente avuto una operazione addominale può essere probabile una occlusione del crasso da aderenze; in età più avanzata il dimagramento ed una storia di lievi disturbi addominali farà pensare a malattia *mali moris*.

Tra i sintomi eminenti che aiutano a fare la diagnosi il primo ed il più ovvio è il dolore: la sua intensità è molto variabile: esso è estremo nella perforazione gastrica e del grosso intestino, ed è accompagnato da grave shoc nella pancreatite emorragica.

Talora ha grande importanza per la diagnosi differenziale la posizione del dolore.: ad es. nella peritonite acuta diffusa consecutiva ad appendicite fulminante, il dolore è da prima localizzato intorno all'ombellico e solo più tardi va alla fossa iliaca destra. Nei versamenti massivi (larga perforazione gastrica) il liquido inonda la superficie inferiore del diaframma e dà origine al dolore alle spalle.

Il dolore peristaltico (occlusione, colica renale o colelitiasica) eccita il movimento cosicchè i pp. si agitano e si ripiegano su loro stessi, mentre invece il dolore da infiammazione, es. nella peritonite diffusa, costringe i malati a restare immobili il più possibile.

Al dolore si accompagna spesso il vomito o lo segue con vari caratteri; nella peritonite diffusa si riscontra all'inizio e si ripete negli stadi avanzati; nella pancreatite acuta è molto persistente, tende a divenire scuro ed è associato a cianosi.

Nell'esame dell'addome è molto importante e deve perciò farsi accuratamente la ispezione: essa può darci una chiara idea riguardo alla rigidità dei muscoli addominali generale ed anche locale. Si osserverà la presenza di retrazione o di distensione. La retrazione è insolita, ma può esistere in certi stadi iniziali di ulcera perforata. Il più considerevole meteorismo si ha nel volvolo. C'è marcata differenza tra la distensione dell'addome da peritonite e quella da occlusione. Nella peritonite la distensione non è notevole ma è diffusa, uniforme ed è in rapporto con la rigidità dei muscoli della parete. Nell'occlusione la distensione è maggiore, i muscoli non sono rigidi e possono vedersi i movimenti respiratori. Particolare è il tipo di distensione che si osserva nei versamenti cospicui da gravidanza extrauterina: l'addome superiore appare normale ma sotto l'ombellico l'addome è disteso.

Con la palpazione si saggia se o no o in qual grado i muscoli della parete sono in difesa: la mano che esplora deve essere calda e deve essere applicata prima sulle parti dell'addome lontane da quella supposta malata, cui si avvicinerà gradatamente e dolcemente.

Non è cosa difficile distinguere tra la rigidità intensa diffusa da perforazione gastrica e la rigidità alternantesi con rilasciamento delle affezioni toraciche e la pienezza senza rigidità all'ipogastrio propria delle affezioni pelviche.

Nè si dimentichi di praticare un esame rettale: talora è questo l'unico espediente per diagnosticare una peritonite pelvica ed è anche prezioso ausilio nel riconoscere una intussuscezione od un cancro del colon pelvico.

Ed ecco infine le idee proprie dell'A. intorno all'urgenza nelle varie sindromi acute:

nella peritonite, il più spesso risultante da appendicite acuta l'urgenza è rivelata dalla gravità dell'inizio, dalla elevazione della frequenza del polso, dalla rigidità della parete, specialmente se estesa alla fossa iliaca sinistra. Sintoma molto importante è la diminuzione del dolore con aumento della frequenza del polso;

nelle perforazioni lo shoc che si continua o che ritorna dopo un periodo di quiescienza è segno grave. Denotano urgenza l'aumento graduale della distensione, il persistere del vomito, l'abbassamento della pressione del sangue;

nell'occlusione si darà molta importanza al vomito ripetuto specialmente se cambiante di carattere, alla caduta della pressione ed all'aumento di frequenza del polso, alla distensione;

nelle emorragie denotano urgenza la grave anemia, la riduzione dell'emoglobina sotto il 60 %, gli svenimenti e la distensione dell'ipogastrio.

L'A. pone infine il problema del pratico chiamato al letto di un appendicitico in 3ª o 4ª giornata, mentre si palpa una tumefazione nella fossa iliaca destra senza segno alcuno di peritonite diffusa. Il consiglio migliore è in tali casi di trasportare il p. in un luogo di cura od ospedale dove possa essere tenuto sotto stretta sorveglianza ed operato senza perdita alcuna di tempo qualora l'ulteriore decorso della malattia lo richiedesse.

VICENTINI.

Quali malattie possono nell'infanzia simulare una appendicite acuta?

(EICHENWALD. *Wiener Kl. Woch.*, n. 38, 1929).

L'A. occupandosi e preoccupandosi delle molteplici difficoltà diagnostiche che si presentano nel bambino di fronte a un quadro sintomatologico che simula l'appendicite acuta, distingue:

1) le malattie a sede extraperitoneale;

2) le malattie a sede peritoneale le quali possono esigere, o no, l'immediato intervento del chirurgo.

Al primo gruppo vanno ascritte anzitutto le polmoniti e pleuriti basali: spesso il reperto polmonare è negativo, mentre l'addome è dolente, intrattabile, teso, ecc. Tuttavia si farà sempre un accurato esame del piccolo paziente, facendolo tossire; si esaminerà con cura l'addome, osservando se il dolore non abbia sede prevalente un po' più in alto che di norma, verso l'arco costale; o se la sintomatologia addominale presenti dei momenti di mitigazione. La paralisi del frenico colla novocaina a scopo diagnostico proposta dal Denk, non è applicabile nel bambino: è consigliabile ripetere l'esame dopo qualche ora.

Anche la grippe e molte altre malattie infettive possono mentire un attacco appendicolare (angina, morbillo e scarlattina), tanto più che in questi casi l'appendice si tumefà e duole per la congestione dell'apparato linfatico.

Sono poi da ricordare le malattie della cute dell'addome (l'herpes zoster) o le lesioni muscolari (ematomi, lacerazioni dei retti): ma in questi casi il dolore è superficiale, o appare solo nelle contrazioni della musculatura; infine certe forme di spondilite e di coxite.

Le affezioni delle vie urinarie rappresentano un elemento di grave difficoltà diagnostica: vanno ricordate le affezioni calcolose (non rare nei bambini), le cistopieliti e le pieliti sopratutto frequenti nelle bambine, le paranefriti.

Nei maschi vanno tenute presenti le affezioni dei genitali e specialmente i dolori funicolari (raramente però molto intensi) e la torsione del testicolo destro, disturbato nella sua discesa.

La diagnosi differenziale con flemmoni retroperitoneali e infiammazione delle glandole peritoneali, è quasi impossibile.

Nel gruppo delle malattie a sede peritoneale vanno ricordate anzitutto l'enterite acuta e la enterocolite, nelle quali però la dolenzia è diffusa a tutto il colon e le anse di gas fluttuano sotto la mano che palpa; poi i processi intestinali infettivi (tifo, paratifo, dissenteria) con partecipazione dell'ileo ceco; poi gli ascaridi che possono accumularsi avanti alla valvola ileo-cecale, creando un tumore palpabile e dando dolori e vomito: un buon clisma risolve tale sintomatologia.

Vanno quindi ricordate le coliche ombellicala cui causa è tuttora discussa (tubercolosi del diaframma, delle glandole mesenteriche, fatti nervosi, ecc.). L'operazione talora fa guarire tali attacchi, talora essi riprendono immutati. Essi sono caratterizzati dal carattere parossistico con intervalli di completo benessere, dalla mancanza di febbre, dall'esagerazione dei riflessi cutanei addominali, ecc.

Anche il vomito ciclico dei bambini ha la sua importanza: la somministrazione di una soluzione di glucosio al 10 % o al 20 % per via endovenosa o rettale, migliora in breve tempo i sintomi.

I primi disturbi mestruali, le ginatresie possono tutti mentire un'appendicite: ma nel primo caso la sede prevalentemente ipogastrica dei dolori, con irradiazione a croce alle gambe, senza *pulsus* nè *facies abdominalis*, nel secondo caso l'esame rettale saranno di grande aiuto diagnostico.

Si ricordino poi la tbc. del cieco, che talora accompagnandosi a peritonite specifica da disfacimento di una glandola mesenterica può simulare un'appendicite perforata; e le peritoniti da pneumococco, che colpiscono sopratutto le bambine dai 3 ai 10 anni, e sono caratterizzate dall'insorgenza brusca in pieno benessere, la febbre altissima, e la completa trattabilità dell'addome: l'operazione in un primo tempo va sempre evitata.

C'è infine un gruppo di malattie che possono mentire l'appendicite ma esigono ugualmente un pronto intervento operatorio: la diagnosi differenziale ha solo un valore di precisazione nei riguardi dell'intervento.

Rientrano in questo gruppo le peritoniti streptococciche (dopo angina, scarlattina ecc.), le torsioni di cisti mesenteriche, l'infiammazione e l'ulcerazione del diverticolo di Meckel — impossibile a diagnosticare — la tumefazione acuta delle glandole mesenteriche, l'incarceramento di un'ernia, la invaginazione dell'ileo — caratterizzata quest'ultima dalla presenza di un tumore molle, libero, non veramente dolente, e dalla perdita di sangue — dimostrabile con facilità.

Questo rapido riassunto ammonisce ad esaminare ogni caso di sospetto di appendicite con cura estrema, liberandosi dai preconcetti, e ragionando con grande potere di critica.

V. SERRA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

GUILLAIN G. *Études Neurologiques* (III serie). Masson et C. Paris, 1929. Fr. 70.

L'A. raccoglie in questo volume una serie di argomenti che hanno servito ad illustrazione di casi clinici nelle lezioni tenute alla Salpêtrière ed in varie comunicazioni in sedute scientifiche. Non troviamo in questi studi neurologici lo stile delle lezioni cliniche ma bensì quello che si addice alle pubblicazioni scientifiche. Gli argomenti trattati in questa III serie degli studi neurologici del Guillain concernono i tumori cerebrali, la patologia dell'encefalo, la patologia dei peduncoli cerebrali, della protuberanza, del bulbo, del cervelletto, la patologia del midollo spinale, la patologia dei nervi cranici e rachidiani, le atrofie muscolari. Da ultimo tratta di un caso di malattia di Recklinghausen, di un caso di torcicollo cronico di origine post-encefalitica, del segno di Argyll-Robertson.

Chiude il volume un capitolo sulla storia della neurologia ad illustrazione dell'opera di G. B. Duchenne di Boulogne.

L'opera di oltre 400 pagine si presenta in veste tipografica di lusso e corredata di numerose nitidissime illustrazioni. TRENTI.

C. SCHNEIDER. *Die Psychologie der Schizophrenen und ihre Bedeutung für die Klinik der Schizophrenie.* Un vol. di pag. 300. Edit. G. Thieme, Lipsia 1930. M. 23.

L'A. accenna, nella sua prefazione, di aver voluto compendiare nel suo libro i risultati cui è giunto dopo lunghi studi sulla psicologia degli schizofrenici. Lo studio esatto della psico-patologia potrà portare alla risoluzione di numerosi quesiti, sia rispetto a problemi nosologici, sia rispetto a conoscenze filosofiche fondamentali. La trattazione si mantiene strettamente nei limiti della specializzazione.

V.

F. MAUZ. *Die Prognostik der endogenen Psychosen.* Un vol. di pag. 121. Edit. G. Thieme, Lipsia 1930.

A base delle ricerche sulla prognosi delle psicosi endogene sta un materiale di 1500 casi osservati durante un quinquennio nella Clinica di Marburgo. Il libro è presentato dal Kretschmer, direttore di quella Clinica, ed è diviso in una prima parte, sul gruppo delle schizofrenie, e in una seconda parte che si occupa degli stati maniaco-depressivi a lor volta suddivisi in diversi capitoli.

L'edizione è molto accurata. V.

RIVENDICAZIONI

Una rivendicazione italiana in Chirurgia.

Cura delle ferite secondo Cesare Magati (1579-1647).

Dott. Augusto Botto-Micca - Torino.

Il Castaldi (v. *Il Policlinico*, Sezione pratica, anno XXXVI, N. 41, pag. 1479) al N. 80 della « centuria di rivendicazioni di priorità ad italiani in contributi scientifici nella medicina e chirurgia », trattando della clinica chirurgica e parlando del « primo che curò razionalmente le ferite », indica giustamente l'emiliano Cesare Magati, rivendicando a questi tale priorità. Questa attribuzione nella sua veste doverosamente succinta e concisa ha, secondo me, bisogno di una più âmpia illustrazione, anche se altri (Magni: *Cesare Magati e la sua riforma in chirurgia*. Boll. sc. med., Bologna, 1919, 9 s., VII, p. 17-34) prima di me l'abbiano trattata. Allo scopo quindi di contribuire alla rivendicazione del metodo *prettamente italiano*, tuttora universalmente in uso, della terapia delle ferite vennero redatte queste note.

* * *

Da Giorgio Magati e da Claudia Mattacoda nacque in Scandiano (Reggio Emilia) Cesare Magati nel 1579. Ebbe due fratelli Giambattista (di cui si parlerà in seguito), e Lorenzo ed una sorella Laura, che, sposatasi a Pellegrino Vallisnieri, fu madre di Giuseppe, medico illustre, e di Lorenzo, padre del celebre Antonio.

Giovinetto ancora si recò a studiare a Bologna, ove si applicò con gran fervore alla filosofia ed alla medicina. Per la sua diligenza e pel suo desiderio del sapere, per la precocità e versatilità dell'ingegno superò tutte le difficoltà dell'istruzione ed all'età di 18 anni, nel 1597, conseguì la laurea di medico.

Sotto la guida di valenti studiosi e clinici, quali Flaminio Rota, Giulio Cesare Glaudino e Giambattista Cortesi, esercitò in Bologna per qualche tempo la professione. Il Magati si recò quindi a Roma per approfondirsi meglio nella cognizione dell'anatomia e della chirurgia, scienza quest'ultima che in particolar modo fioriva in tale città. Questo periodo di vita romana colle osservazioni, che ivi il Magati potè fare, ebbe una indiscussa influenza sulle idee terapeutiche dell'Emiliano. Infatti, se questi è riconosciuto come il più insigne riformatore di una delle più importanti branche della chirurgia, non bisogna disconoscere ad onor del vero che a tale nuovo indirizzo molto contribuì l'istruzione pratica ricevuta negli Ospedali di Roma.

Ivi infatti il Magati osservò che i più valenti chirurghi avevano introdotto un nuovo metodo di curare le piaghe, sfasciandole assai di rado dopo la prima medicazione e sfuggendo il più possibile all'uso delle « taste » e dei « piumacciuoli ». Essi stessi però, pur riconoscendo in questo nuovo metodo un miglioramento negli effetti, non sapevano spiegarne le ragioni nè erano in grado di controbattere le varie obbiezioni, che loro venivano opposte. Il Magati da parte sua, osservando i benèfici risultati di questo nuovo metodo, si diede a studiarlo nei suoi particolari, comparando la natura delle piaghe ed i diversi effetti in seguito ai varii sistemi terapeutici e giunse a stabilire siffatto metodo su ottimi fondamenti, che Egli svolse poi nell'opera, di cui si parlerà fra breve.

Ritornato in patria dopo più anni, ricco di dottrina e di esperienza, esercitò in Scandiano ed in altri luoghi, ove fu « condotto », l'arte medico-chirurgica. Prospero Magati (nipote di Cesare) nella Vita dello Zio, da lui scritta, racconta che il Marchese Bentivoglio lo fece passare a Ferrara e che, avendo ivi alcuni congiurato contro di lui, perchè col suo nuovo metodo sembrava recar loro danno offuscandone la fama ed avendo stabilito di impedirgli l'esercizio professionale, se prima non si fosse sottoposto all'esame del Collegio Medico, il Marchese ottenne che nel 1613 fosse nominato Professore in quella Università. Secondo alcuni (Borsetti: *Hist. Gymn. Ferrar.*, vol. II, p. 230) il Magati sarebbe stato insegnante in questo Ateneo già nel 1612. A questa carica onorifica Egli aggiunse quella di chirurgo stipendiato dello Spedal di S. Anna (Sancassani: *Opere*, t. III, p. 297). Non si sa per quanti anni continuasse in tale mansione; certo si è che nella raccolta di Mss. di Dissertazioni mediche fatta dal nipote Prospero e conservata nella Biblioteca Modenese si trovano due lettere: una da Reggio del 16 maggio 1626 a suo fratello Giambattista e l'altra da Bologna del 9 agosto 1629 diretta alla stessa persona, le quali starebbero a dimostrare che in questa epoca il Magati non s'era ancora ritirato a vita claustrale (Tiraboschi: *Biblioteca modenese*, vol. III, pag. 110).

La sua dimora in Ferrara non fu certamente tranquilla, poichè vi provò tutti i dispiaceri dell'invidia, dell'emulazione e della malignità. I fautori degli antichi metodi cioè gl'irremovibili conservatori lo tacciavano di ciarlataneria e queste accuse avrebbero certamente prodotto dannosi effetti, se a favore del Magati non avessero deposto i fatti innegabili ed il buon senso del pubblico.

Ammalatosi gravemente fu sul punto di morire, ma la forte fibra ebbe ragione del male. Guarito sentì il bisogno di riposo e volle sciogliere nello stesso tempo il voto, che « cum praesentaneum vitae periculum incurrisset » (secondo il nipote) aveva fatto di entrare in caso di guarigione in un ordine religioso. Scelse perciò quello dei Cappuccini e si chiuse in un loro convento, prendendo il nome di Liberato da Scandiano. Quando ciò avvenisse non si sa con precisione; certo si è che Egli era già Cappuccino nel 1642, quando Carlo Tassoni da Vignola gli scrisse una lettera, conservata nella predetta raccolta di Mss. fatta da Prospero (Tiraboschi, op. cit., t. III, pagina 111).

La memoria delle cure prodigiose eseguite dal Magati ed il bisogno, che si aveva della sua opera, indussero i suoi Superiori a permettergli l'esercizio della professione, quantunque religioso. Il Magati compì allora varii viaggi a Mantova, a Bologna, a Milano, a Modena ed in altre città, spargendo ovunque i benefizii della sua opera chirurgica. A Modena se ne servì il Duca Francesco I, il quale lo ebbe in molta stima e che, per suo riguardo, fu liberale di favori ai Cappuccini.

Sofferente di calcolosi vescicale, dovette nel 1647 andare a Bologna per sottoporsi ad una cistotomia, ma l'intervento ebbe esito infausto ed

il Magati restò vittima di una sopraggiunta cancrena, che fu causa della sua morte.

* * *

Per ben comprendere il valore della riforma iniziata dal Magati è d'uopo dare uno sguardo allo stato della terapia chirurgica in uso nel secolo XVI. Si manteneva di poco inalterato l'uso di medicare le ferite secondo i metodi arabi e fin dal secolo XIII i chirurghi formarono al riguardo due scuole principali. Gli uni trattavano tutte le ferite e lesioni esterne con cataplasmi farinacei e con umettanti od emollienti, secondo il dettame di Galeno, per il quale l'umidità e la rilassatezza s'accostan più che la siccità allo stato naturale; gli altri praticavano un metodo affatto diverso, limitandosi all'uso degli essicanti. L'uno e l'altro metodo, pure essendo basati su principii differenti, collimavano nella mania di medicare frequentemente le ferite, talora anche parecchie volte al giorno, il che recava loro nocumento impedendo e ritardando la guarigione. Si usava infatti riempire le soluzioni di continuo con « torunde », « stovelli », « taste » e « piumacciuoli », formati in genere di cotone o di lino, introdotti nelle ferite ed ostacolanti il collabire delle labbra di queste. Le sostanze, di cui erano imbibite simili medicazioni, invece di aiutare la cicatrizzazione, l'impedivano, irritando i margini delle lesioni.

Tale metodo terapeutico, derivante dalla scuola araba, subì poche modificazioni e di grado affatto insignificante nei secoli posteriori. Si giunse così al secolo XVI, quando specialmente per merito della scuola Romana si iniziò una profonda modifica nella terapia delle ferite, semplificandone le medicazioni e diminuendo il numero di queste. Si venne così a riprovare tutti quei mezzi irritanti sia medicine che « torunde », « stovelli », ecc., coi quali si turbava l'opera della natura. Fu appunto questo metodo, che il Magati ebbe il merito di saper ricavare dalla scuola Romana e destramente cambiare da empirico in scientifico, ponendolo su salde basi.

Il Magati non pretese di aver ideato per primo il metodo della medicatura delle piaghe e delle ferite, ma, avendolo veduto praticare da molti chirurghi a Roma con grande utilità, se ne fece patrocinatore fervido, onde elevarlo dall'empirismo, in cui si teneva, a dottrina scientifica. Addusse molte ragioni per non disturbare con le frequenti medicature i processi naturali di riparazione e di cicatrizzazione. Propose perciò una riforma basata sopra principii chiari e ben determinati, aprendo così la via alla terapia chirurgica razionale.

L'opera, di cui il Magati si valse per divulgare la sua riforma e che servì a dargli grande fama e celebrità, è il « De rara medicatione vulnerum « seu de vulneribus raro tractandis, libri duo, « in quibus nova traditur methodus, qua felicis« sime ac citius quam alio quovis modo sanantur « vulnera. Quaecumque praeterea ad veram et « perfectam eorum curationem attinent, diligen« ter excutiuntur: permultaque explicantur Ga« leni & Hippocratis loca eo spectantia. Haec au« tem duplici quaestione: 1° Utrum melius sit « vulnera quotidie solvere ac religare, an pluri« bus interiectis diebus; 2° Utrum turundarum « et penicillorum usus in curatione vulnerum sit « necessarius. Novum argumentum est a nullo « hactenus attentatum, sed pulcherrimum & vul« nera tractantibus maxime fructuosum ». (Venezia, ap. Fratres de Deis, 1616, in fol.; ap. Hertz, 1676, in fol.; Lipsia, 1733, in 4°).

Il primo libro è formato di 78 capitoli, in cui, oltre a trattare della rara medicazione delle ferite, l'Autore parla di queste in generale; frammiste vengono trattate le due questioni principali, riferite nel titolo, e 32 altre connesse. Il secondo libro è formato pure di 78 capitoli, in cui si parla delle ferite in ispecie. A ciò seguono come appendice 4 capitoli sulle ferite di guerra. Frammiste sono 15 questioni.

Il Magati dopo aver esaminato le varie ragioni, da cui alcuni deducono la superiorità del metodo comune di sbendare ogni giorno le ferite, si domanda se l'uso delle « torunde » e dei « penicilli » nella medicazione sia metodico e necessario e riporta le varie ragioni in pro ed in contro, che sostengono i fautori delle due tendenze. L'Autore non esprime per ora la propria opinione, ma per arrivare a questa crede necessario parlare delle ferite in genere; entra quindi in questo tema (cap. VII) e sulla scorta delle opere mediche di Galeno, Avicenna, Guidone e Cornelio Celso conclude definendo la ferita in questo modo: « una soluzione evidente nella parte carnosa da « causa esterna con lesione delle operazioni (« so« lutam unitatem in parte carnosa euidentem a « causa externa, mole, atque, confertim agente, « operationes laedentem ») (cap. VII, pag. 10).

Differenziate le ferite in proprie ed improprie (flegmoni, cangrene,...) e le prime in sostanziali ed in accidentali, il Magati spiega la peculiare conseguenza delle ferite di ledere le azioni naturali e la giusta temperatura del corpo. Questa temperatura dipende dal calore innato, che ne è causa essenziale. La ferita attraverso la soluzione di continuità della cute mette l'interno del corpo a diretto contatto coll'ambiente esterno, che è naturalmente più freddo, donde il danno alla lesione. Non solo, l'aria è carica di miasmi, che infettano le parti esposte, così l'uovo incrinato putrefa più facilmente (« ... ouo con« tingit, cuius cortex aperitur, hoc ab externo « statim aere talem infectionem recipit, ut in « priorem statum numquam valeat et si testa « subtilissimam fissuram accepisset quae quoquo « modo posset accidere momentaneeque possibile « foret eam consolidate, nihilominus in perfec« tam suam essentiam illum numquam redit. La « tius, quicquid ouo huic accidit, ut putrefactio, « exsiccatio, vel aeratio clari, vel albuminis, vi« tellique resolutio, corticis vastatio, etc. hoc om« ne contingit humano corpori per apertionem « vulnere factam »). Quest'influenza maligna dell'aria non fu sconosciuta (lo confessa il Magati stesso) a Paracelso, che ne parla nel libro secondo della sua Chirurgia minore (cap. VIII, pag. 15).

Quali poi siano le cause della maggior flussione di umori nelle ferite l'Autore discute dettagliatamente, attribuendole, secondo i dettami di Galeno, all'attrazione ed alla trasmissione e spiegandone la maggiore e minore velocità (capitolo IX).

I sintomi delle ferite sono: l'*actio laesa*, l'*usus oblaesus* e gli *excreta;* oltre a ciò merita speciale

attenzione il sito e le conseguenze accidentali (cap. XII).

Circa la prognosi al medico spetta il prevedere non solo in che modo la ferita guarirà, ma riconoscere se essa è sanabile od insanabile ed in questo caso se letale o non. Inoltre il sanitario deve in quanto è possibile predire le future conseguenze derivanti dalla lesione (cap. XIII).

La guarigione delle ferite avviene per cicatrizzazione ossia per unione o saldatura delle labbra; tutte le parti si possono unire, ma vi sono delle circostanze speciali, che possono ostacolare quest'unione e cioè l'*actio partis*, l'*usus*, il *situs* e la *tenuitas substantiae*. A comprova del primo impedimento si possono addurre le arterie, che non si cicatrizzano se non dopo sospesi i movimenti (« quantum possit actio ad unionem im« pediendam dissecta arteria demonstrat quae ob « pulsationem uniri non postet quod si forte ci« tra dispendium intercipi posset actio illa, ut « nonnumquam usu euenit, nec aliud impedi« mento esset, dissitarum partium unio procul « dubio sequeretur »). Di qui la prescrizione di riposo perfetto. Ma un'altra causa ostacolante la cicatrizzazione è l'interposizione tra le labbra della ferita di materiale medicamentoso. Il Magati sostiene che le ferite delle parti seminali umane guariscono solo nel bambino e non negli gli adulti, attribuendo ciò a difetto di materia e di agente (capp. XIV, XV).

Dopo aver ricordato come talvolta anche una piccola ferita può essere letale, l'Autore conclude che solo dalle lesioni grandi deriva la morte e che quindi tutta l'arte della prognosi consiste nella conoscenza della loro grandezza (cap. XVI). Questa si può considerare sotto tre aspetti: la preminenza dell'*actio laesa*, l'essenza propria della ferita e la facoltà governante il corpo leso (capitolo XVII). Secondo la grandezza, il sito e le parti offese variano la guarigione e le conseguenze delle ferite (cap. XVIII), che si possono trarre da varii sintomi (cap. XIX). In quanto al tempo la ferita dai margini netti e non contusi guarisce più rapidamente che quelle dalle labbra sfrangiate e contuse e lo stesso si dica circa la prognosi di salute o di morte (cap. XX). Al medico spetta quindi il considerare l'evento dei giorni critici, computo che presenta non lievi difficoltà (cap. XXI).

La guarigione delle ferite avviene per agglutinazione dei margini, ciò che è facile in quelle semplici ed a margini netti; ma in quelle cave duplice deve essere l'azione della natura cioè il riparare la sostanza carnea mancante e provocare l'unione delle labbra. Non bisogna turbare questo naturale processo colle medicazioni. Il Magati si mostra tanto geloso di ciò, che consiglia di estrarre dalle ferite sollecitamente i corpi estranei soltanto quando sia molto agevole il farlo, raccomandando in ogni altro caso di aspettare, perchè la natura loro prepari una più facile via di uscita per mezzo della suppurazione (cap. XXIII). L'agglutinazione ossia il mezzo, per cui si produce la guarigione, si ha per opera del glutine contenuto nel liquido, che si forma ai margini stessi della ferita e del quale si nutriscono le parti stesse (« huius glutinis materia nulla alia esse « potest, quam eadem ex qua nutriuntur ipsae « partes, sanguis videlicet probus »). Per aiutare quest'azione naturale i medici usano sostanze medicamentose, che la favoriscono, quali i sarcotici, gli epulotici e gli agglutinanti, il cui uso varia da soggetto a soggetto (cap. XXIV).

La rigenerazione della carne è opera della natura ed, affinchè avvenga regolarmente, occorre che affluisca nella ferita del sangue buono ed in mediocre quantità; inoltre bisogna che la lesione sia temperata. I rimedi, che coadiuvano alla rigenerazione della carne, devono essere secchi e detergenti, per cui i sarcotici sono essiccanti. Tra questi si enumerano l'incenso, l'orzo, la farina di lenticchie e di fave, l'ireos, l'aristolochia, l'opoponocaco, l'ossido di zinco, l'aloe, la mirra, lo scordio, l'iperico, la pece arida, la pece liquida, la carie del legno. Unendo questi rimedi o tra di loro o con altre sostanze si vengono a formare i sarcotici composti, come la polvere sarcotica, fatta di parti uguali di mirra, incenso ed aloe, usata molto presso i Bolognesi, l'unguento basilicon maggiore, l'unguento fusco, l'unguento di betonica, l'olio d'iperico detto olio di Spagna ed altri molti.

Per la buona rigenerazione della carne occorre ancora che la ferita sia pulita, astersa ed essiccata, ed inoltre si ricorra all'estrazione, in quanto possibile, dei corpi estranei dalla lesione. (Cap. XXV).

Il Magati esamina il duplice modo di astergere le ferite secondo Galeno ossia con dei tessuti di lana o di filo o di spugna e con rimedi come lo zucchero, il miele, la farina di fave, di orzo, di lenticchie, di lupini, di ceci, le acque termali salse e le nitrose, la radice di ireos, di panace, di aristologia, il seme di ormino, di apio, di marrubio, l'assenzio, l'erba detta regina (tabacco), la terebentina, le due peci, il fiele, i due veratri, l'ermodattilo, la cenere tartara, il miele rosato, l'ossimiele ed altri rimedi composti da queste sostanze (cap. XXVI).

La suppurazione non è che un'azione naturale, colla quale la natura stessa si libera più o meno presto dei corpi estranei, che si trovano nella lesione. Di qui l'uso di favorire questa suppurazione artificialmente con rimedi detti appunto suppuranti. Tra questi sono da annoverare il burro, l'olio d'oliva, l'olio di mandorle dolce, il seme di lino ed il suo olio, il rosso d'uovo, la malva, l'altea e specialmente la sua radice ed il seme, la farina di frumento, i fichi secchi, l'uva passa, l'incenso, la cera, la pece, la resina di pino, il bulbo di gigli bianchi, la cipolla, la radice e le foglie di lapato cotte, le foglie di cavolo, l'acqua tiepida ed altri. Coll'unione di questi rimedi tra loro o con altre sostanze si formano le medicine composte suppuranti, generalmente in forma di empiastri e cataplasmi (cap. XXVII).

Per estrarre i corpi estranei dalle ferite si può procedere in due modi o con un'operazione manuale (intervento chirurgico) od usando di speciali sostanze dette attraenti. Sono queste l'aristologia longa, l'anemone, il dittamo cretico, le foglie, il seme ed il liquore di dattero, il seme e le foglie di verbascio, la calaminta montana, la radice di narciso, di gladiolo, di canna, di cocomero agreste, il propolis, la tapsia, l'euforbio, il sagapeno, il galbano, l'ammoniaco, la resina elemi, la pece, la resina di pino. L'Autore dà numerose ricette di composti, delle quali troppo lunga sarebbe l'esposizione. La natura, come si è detto, pensa essa stessa ad espellere il corpo estraneo in tempo più o meno lungo. Ora, ammesso che tra i

due sistemi suddetti il migliore è il manuale, bisogna vedere in quali condizioni e circostanze questo debba essere usato. Occorre quindi considerare in quali casi sia maggiore l'utilità dell'estrazione manuale che il danno dall'astenersi da ogni tentativo. Poichè non molto tempo dopo nella ferita per l'afflusso dei succhi le parti vulnerate si distendono, si tumefanno ed il dolore si fa maggiore che se l'intervento fosse avvenuto al principio, così è bene soprassedere, finchè la suppurazione abbia reso più facile l'estrazione, tranne che sopravvenga un improvviso pericolo per la presenza del corpo estraneo. Se poi questo è formato di sostanza friabile, che coll'operazione manuale può maggiormente spezzettarsi, bisogna lasciare agire la natura oppure ricorrere ai rimedi attraenti (cap. XXVIII).

Due sono le vie da tenere riguardo alla flussione: l'allontanamento e la formazione artificiale. Si ricorre al primo caso, quando si voglia impedire l'esagerato dolore e l'eccessivo calore con esaurimento delle parti; al secondo quando si vuole che gli umori tendenti ad altre parti del corpo vengano attratti verso la ferita. Si usa a tale scopo la rivulsione, per ottenere la quale si può sezionare le vene, usare le ventose scarificate o non, le sanguisughe, le frizioni, i senapismi, i vescicanti, i bagni caldi ecc... (cap. XXIX).

La guarigione della ferita è data dalla cicatrizzazione, la quale è opera naturale aiutata dai rimedi. La natura dà la forma alla cicatrice. I rimedi, che possono aiutare sono detti epulotici e devono avere proprietà essicanti, astringenti ed induranti la carne come le galle immature, il malicorio (corteccia del melograno), i balausti (fiori del melograno), il frutto dello spino d'Egitto, la cerussa, i coralli, la corteccia di mirabolani, le bacche di mirto, lo spodio, lo stibio, il sangue di drago, il minio, il bol d'Armenia, la terra lemnia, la terra samnia ed altri. Da tutti questi si formano composti, (cap. XXX).

Poichè il calore naturale agglutina le labbra delle ferite, riempie di carne le ferite cave e forma il pus, esso deve essere conservato ed irrobustito. Derivano quindi danni dallo sbendare quotidianamente le ferite, giacchè esponendole all'aria se ne diminuisce il calore. Per conservarlo ed irrobustirlo si deve riparare la ferita con un tegumento, il quale ha la proprietà di allontanare il dolore e di render meno notevole la flussione. Di qui la ragione di sbendare meno sovente le ferite (cap. XXXI).

A questo punto il Magati svolge l'argomento della rara medicazione, affermando che con essa più facilmente si espellono dalle ferite i corpi estranei, l'agglutinazione avviene meglio e più facilmente s'impedisce la flussione. Tutti questi scopi si ottengono se si sbenda raramente la lesione, ricorrendo a ciò soltanto per il sopravvenire di qualche male (« nos contra asserimus longe « felicius hosce scopos attingi, si quam rarissime « vulnera solvantur, ac detegantur, nisi super- « veniens aliquod malum ad solutionem nos « cogat ») (pag. 58) (cap. XXXII).

Ogni ferita lascia naturalmente fuoriuscire del liquido escrementizio ora grasso ora tenue ora in grande ora in poca quantità secondo la gravità della lesione. Questa secrezione prende il nome di pus, che si divide in « laudabile », in « pravum » e di media natura. Non è necessario di astergere sia la secrezione grassa sia quella tenue, ma d'altra parte bisogna che tanto l'una quanto l'altra abbiano libera via d'uscita; spetta quindi al medico aiutare la natura togliendo gl'impedimenti varii, che si possono trovare nelle ferite ostacolandone l'efflusso (cap. XXXIII). La rara medicazione aiuta anche la cicatrizzazione, poichè non induce a porre sulla ferita nuovo medicamento, che di sua natura è umido, ma lascia quello vecchio, il quale dissecca favorendo la cicatrizzazione (cap. XXXIV).

L'azione del medico, che cura una ferita, deve avere doppio scopo: in primo luogo conservare ed irrobustire il calore naturale, cui spetta l'agglutinare, il suppurare, il generare la carne, in parte digerire gli escrementi in parte espellerli; in secondo luogo l'estrarre i corpi estranei, la cui rimozione va sottoposta a speciali condizioni per non incorrere nel pericolo di aggravare lo stato della ferita anzichè alleviarlo. Il medico in genere ha nella cura delle ferite molta minor parte che in qualsiasi altra malattia, poichè, se in un'affezione qualunque può somministrare al paziente dei rimedi atti al caso, nelle lesioni della continuità deve accontentarsi di aiutare ed assecondare la natura, badando bene di non ostacolarla. In quanto al tegumento bisognerà considerare attentamente lo stato dell'aria, la natura della parte del corpo vulnerata, giacchè secondo lo stato aereo e la regione colpita differente sarà la natura e l'efficienza del tegumento. Per formarne uno secondo la regola bisogna porre sopra la bocca della ferita un pannolino intriso di qualche medicamento, affinchè non permetta la dissoluzione del calore.

L'Autore si dilunga sulla scelta del rimedio atto allo scopo secondo la differenza delle ferite (capitolo XXXV). Esaminato il perchè alcuni rimedi guariscano le lesioni più in fretta ed altri più in ritardo (cap. XXXVI) il Magati dice che non è assurdo asserire che tutte le ferite semplici possono essere agglutinate da una sola medicina e così pure riempirsi di carne, anzi, dato qualsiasi rimedio conveniente tutte le lesioni sanabili guariscono (« dato quolibet medicamento convenien- « tis corpulentiae, quod corruptivum et delecte- « rium non existat, aut adeo acre et mordax, ut « fluxionem concitet, possunt omnia vulnera cava, « quae sanabilia sunt, carne repleri ») (capitolo XXXVII).

(Continua).

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 30 gennaio 1930.

Tiroide e rigenerazione muscolare.

Dott. OTTORINO BARTOLI. — L'O. ha condotto ricerche per stabilire l'azione che l'estratto tiroideo può avere sulla rigenerazione del tessuto muscolare striato. Ha adoperato, per questo, quattro gruppi di 10 cavie ognuno alle quali praticava delle sezioni sui gastrocnemi non suturando la breccia muscolare. Ha sottoposto due gruppi di questi animali a inoculazione di estratto tiroideo in dosi diverse. Ad un terzo gruppo ha inoculato delle sostanze proteiche; un quarto ha servito da controllo.

I risultati ottenuti dimostrano che in seguito alla inoculazione di estratto fresco tiroideo non si può rilevare una differenza nella fase ultima di maturazione delle fibre muscolari in quanto che al 90° giorno essa è quasi completa in tutti i gruppi di animali. Inoltre non si può osservare una ricostituzione nella continuità della fibra muscolare.

Viceversa vengono esaltate, dall'estratto tiroideo somministrato in alte dosi, la intensità e la vivacità morfologica dei movimenti rigenerativi sia perchè maggiore è il numero degli elementi che entrano in rigenerazione, sia anche perchè in essi più precoce appare la differenziazione e più rapida la maturazione.

Tali fatti sono molto meno evidenti negli animali sottoposti a trattamento con sostanze proteiche mentre quelli, nei quali sono state fatte inoculazioni di scarsa quantità di estratto tiroideo, mostrano dei fenomeni rigenerativi di poco dissimili dai controlli.

Sopra l'epidemia di psittacosi verificatasi in Firenze nell'autunno scorso.

Prof. M. VOLTERRA. — Si tratta di un'epidemia a carattere famigliare che interessò nell'ottobre 1929 cinque persone. Due casi furono seguiti da morte: si trattava di un soggetto di 76 a. con sclerosi renale, e di uno di 53 a. diabetico e cardiopatico. In quattro malati si ebbe broncopolmonite, in tre dei quali bilaterale e a focolai confluenti, senza escreato; nel quinto la malattia decorse senza manifestazioni broncopolmonari. In tutti furono importanti i fenomeni nervosi (cefalea grave, delirio), gravissimo e rapido il deperimento, profonda l'astenia che si protrasse anche a lungo nella convalescenza. Notevoli anche, ma non costanti, i vomiti e le artralgie, osteoalgie e mialgie. Come complicanze non solite alla psittacosi fu osservata in un caso la flebite della v. piccola safena, in un altro una ambliopsia con emianopsia bilaterale (meningite sierosa?). Le ricerche batteriologiche dai malati e dal cadavere ebbero esito negativo.

I pappagalli responsabili della malattia erano da poco giunti dal Brasile e alcuni erano malaticci. Per due casi fu accertata l'infezione dal contatto con i pappagalli, per gli altri si deve ammettere l'infezione da uomo ad uomo.

Hanno preso parte alla discussione sulla comunicazione del prof. VOLTERRA, i proff. SIGNORELLI, DE VECCHI, GARDENGHI, SALMON e ORRICO (di Cordova). *Il Segretario.*

Società di Cultura Medica Novarese.

Sedute del 13 e 27 gennaio 1930.

Presiede il Prof. L. BACIALLI.

Comunicazioni sulla tubercolosi.

Dott. UMBERTO MONGUZZI. — *Programma e direttive nell'assistenza sociale contro la tubercolosi in Italia.* — L'O., dopo aver prospettato tutta la gravità del problema tubercolare nei suoi aspetti sociali e demografici, traccia una analisi dei congegni antitubercolari sia profilattici che assistenziali, mettendo in rilievo tutta la coraggiosa opera sociale sanitaria inaugurata dal Governo Nazionale contro il flagello tubercolare. Per quanto si sia già fatto molto nei confronti della profilassi dell'infanzia, auspica una intensificazione dell'Opera Maternità ed Infanzia, che deve occuparsi di sottrarre subito dopo la nascita i bambini dal focolaio famigliare infetto.

Si intrattiene quindi sui piani tecnici progettati per l'attuazione della legge sull'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi nei suoi concetti direttivi. Fa quindi una minuta analisi sulla realizzazione che tale legge è destinata ad apportare nell'efficienza della lotta e mette in rilievo che essa non deve ritenersi avere solo uno scopo assistenziale, ma altresì un eccellente contenuto profilattico.

Dott. DE BENEDETTI. — *Presentazione di casi di tubercolosi polmonare.* — L'O., riassunte le nuove idee intorno all'inizio ed all'evoluzione della tisi polmonare nell'adulto, espone sette casi di tubercolosi polmonare rappresentanti stadî varii di sviluppo dell'infiltrato di Assmann. Nota che l'infiltrato infraclavicolare esula ordinariamente dalle possibilità diagnostiche dei medici pratici ed insiste sull'opportunità di visite clinico-radiologiche sistematiche sui membri apparentemente sani di famiglie e di ambienti contaminati.

Ricordato il contrasto di opinioni, sull'inizio della tisi nell'adulto, tra scuola tedesca e francese, consistente in ciò che quella pone l'inizio della tisi nel parenchima polmonare (Fruhinfiltrat), questa nell'ilo, ritiene allo stato attuale delle nostre conoscenze che non sia ancora consentito di abbracciare una opinione esclusiva a questo riguardo.

Si sofferma poi su quelle forme polmonari caratterizzate dalla comparsa di noduli a disposizione irregolare ed a tendenza produttivo-indurativa, che, secondo alcuni, sarebbero espressione di metastasi ematogene e linfoematogene.

Illustra poi due casi di tubercolosi grave generalizzata in cui con milza grande, presenza di tubercolidi cutanei o di tubercolosi delle ghiandole periferiche mancava il reperto radiologico tipico della miliare polmonare.

È di per sè evidente che queste forme corrispondono molto probabilmente a quadri clinici che portano vecchi nomi (tifo-bacillosi del Landouzy) e che esse si riallacciano alle tramiti e perilobuliti descritte ultimamente da Besançon e Braun e da Sergent.

L'O. ritiene che lo studio clinico radiologico anatomico di questi casi possa aprire utili spiragli sulla questione ancora oscura delle disseminazioni tubercolari ematogene del polmone.

Prof. PIERO FORNARA. — *Sugli infiltrati polmonari regredibili nei bambini tubercolosi.* — L'O. ricorda come contrariamente al concetto comunemente diffuso non sempre gli infiltrati polmonari tubercolari nell'infanzia siano destinati ad un decorso grave, nè siano di prognosi obbligatoriamente infausta. Espone i casi personali di infiltrati periilari, parenchimatosi in lattanti infestati di tubercolosi e decorsi senza sintomi nè polmonari nè generali: espone casi di più estesi infiltrati polmonari lobulari o pseudo-lobari in bambini tubercolosi, che regrediscono lentamente dopo un lento decorso: ricorda la possibilità anche nell'infanzia del passaggio da estese lesioni polmonari unilaterali a quello stadio di « fibrotorace » che pure rappresenta uno stadio di riparazione dei focolai tubercolosi: e ricorda infine casi personali di infiltrati periilari a decorso febbrile, riconducibili alla cosidetta tifobacillosi di Landouzy, a cui molto spesso corrisponde — radiograficamente — un quadro di infiltrato periilare parenchimatoso, regredibile e guaribile.

Dott. GIULIO JONA. — *Sopra alcuni casi di « granulosis rubra nasi » e i rapporti di questa affezione colla tubercolosi.* — L'O. ricorda che questa dermatosi è molto più frequente di quanto comunemente pensino i dermatologi; relativamente pochi sono i casi che giungono alla loro osservazione, non provocando la g. r. n. disturbi degni di nota. Ne traccia il quadro classico, descritto dai testi, accenna in grandi linee alla sua storia ed alle dottrine che cercarono in passato di spiegarne la patogenesi, soffermandosi in particolar modo sulle teorie che vorrebbero sostenerne l'origine tbc. Espone le opinioni di quegli AA. che tendono ad ammetterne una patogenesi basata su disturbi neurovegetativi. Comunica 4 casi, osservati in poco più di un anno nell'Ambulatorio Pediatrico dell'Ospedale Maggiore: in due fu dimostrato il terreno tbc., mentre nei due altri nessun sintomo clinico e biologico faceva sospettare tale infezione. Di questi 4 malati, tre sono degli adenoidei, acrocianotici, un quarto è un longilineo. Ricorda che non raramente questi tipi costituzionali coincidono con una infezione tbc. e crede sia quindi opportuno ricercare sempre l'eventuale esistenza di una tale infezione in individui con g. r. n.

Prof. FINZI. — *Sul trattamento clinico, secondo Solieri, della tubercolosi articolare aperta.* — L'O. ricordata la tecnica del metodo di Solieri e le discussioni che esso ha sollevato anche recentemente, riferisce che in una prima serie di 10 ammalati non ottenne buoni risultati perchè, pur avendo avuto due guarigioni rispettivamente in 18 e 22 mesi, negli altri per l'aggravamento, dovette interrompere l'applicazione del metodo e ricorrere ad altri sistemi di cura. Ultimamente su due nuovi ammalati il metodo portò in uno alla guarigione in 4 mesi, nell'altro ad un aggravamento. La diversità dei risultati può secondo l'O. dipendere da fattori diversi; varietà della flora piogenica secondaria e della sua virulenza, ripercussioni sul processo immunitario della modificata aerobiosi, stato del pus in rapporto alla maggiore o minore quantità di elementi cellulari, resistenza organica del malato.

Prof. BIANCHETTI. — *A proposito di resezione extracapsulare del ginocchio per tubercolosi.* — L'O. si intrattiene sull'indicazione e sulla tecnica delle resezioni extracapsulari del ginocchio proposte ed attuate in Francia dal Fredet. In base alla sua esperienza su tale metodo egli crede di poter concludere che la tecnica indicata e praticata dal Fredet rappresenta senza dubbio un artificio tecnico pregevole, ben ideato e razionale, ma non sempre attuabile nella sua totalità, colle modalità operatorie che l'O. indica: pensa quindi che le finalità che l'operatore si prefigge non sempre corrispondano nè siano realmente superiori a quelle di una buona tecnica della comune resezione tipica, quale dai più è seguita con ottimi risultati e coi vantaggi di essere più spedita e meno complicata. Giudica inoltre che i vantaggi della non apertura primaria della giuntura non compensino le maggiori difficoltà di tecnica del metodo il quale può però nei casi più tipici essere favorevolmente seguito ed attuato.

Dott. CARLO GARAMPAZZI. — *La tubercolosi paraarticolare.* — Dopo aver ricordato che nulla di schematico vi è in terapia e tanto meno quando si tratta di tubercolosi, l'O. considera particolarmente la tubercolosi paraarticolare ed insiste sulle necessità di intervento precoce per evitare che l'infezione, non trovando via di uscita all'esterno, invada la cavità articolare.

Prof. O. CIPOLLINO. — *I limiti terapeutici all'aforisma del Calot.* — L'O. pur essendo un convinto sostenitore della terapia incruenta della tubercolosi ed in particolare degli ascessi congestizi fa rilevare come in particolari condizioni sia necessario invece intervenire chirurgicamente. L'intervento è utile ed indicato quando sopraggiunge una infezione mista e quando la formazione del pus tubercolare è così abbondante che le aspirazioni debbono succedersi con sempre minore intervallo.

Insistere nella terapia incruenta in questi casi, può essere molto pericoloso.

Prof. DANTE BOCCI. — *Concetti attuali sulle forme morbose cheratocongiuntivali di natura tubercolare.* — L'O. riferisce le concezioni di Wekus, Leber e Kaboki sulla congiuntivite flittenulare che considerano come esponente di uno stato tubercolare. Con Rollet egli è d'idea che, pur essendo tale forma sovente da causa tubercolare, debbasi talvolta pensare anzichè ad un tossitubercolide, a una infezione esterna abitualmente banale stafilococcica, su un terreno tubercoloso.

Ad ogni modo la flittene per il suo andamento e per la sua facile guarigione, non corrisponde clinicamente alla persistenza e tenacia della vera tubercolosi congiuntivale.

L'O poi presenta due rari casi di tubercolosi oculare uno del tratto uveale, l'altro della sclera.

Dott. G. LODDONE. — *È la cheratocongiuntivite flittenulare una manifestazione morbosa di origine tubercolare?* — L'O. espone i diversi concetti etiologici su questa frequente manifestazione oculare che ritenuta in un primo tempo di schietta origine tubercolare, fu successivamente attribuita a vari quadri morbosi: linfatismo, scrofola, adenoidismo, diatesi essudativa, tuberculidi. Espone

la nuova concezione di ritenere la malattia oculare come una manifestazione allergica intesa come cheratoallergia, in individui affetti in genere da lesioni ganglionari o polmonari tubercolari. Sulla scorta di numerosi casi clinici e di ricerche cliniche e sperimentali, praticate sull'uomo e sugli animali, espone il concetto della possibilità dell'esistenza delle manifestazioni flittenulari, indipendentemente da lesioni tubercolari dell'organismo, e pertanto dell'origine della flittene dipendente da diversi allergeni in persone o animali indenni da lesioni tubercolari.

Dott. Luigi Ferrero. — *Alcuni casi di lupus eritematoso acuto.* — Espone due storie cliniche di malate affette da lupus eritematoso acuto. Nella prima si trattava di una donna che durante una sepsi puerperale presentò imponente sintomatologia cutanea di classico lupus eritematoso acuto che condusse a morte la paziente, nella quale non esistevano nè segni nè precedenti di tubercolosi. Nella seconda si trattava invece di una ragazza che presentava evidenti postumi di tubercolosi ossea e ghiandolare nella quale fu osservato un risveglio a forma acuta di un comune lupus eritematoso discoide cronico.

L'O. mette in rilievo le caratteristiche differenzianti i due casi clinici e trae conclusioni sulla questione della patogenesi e dell'eziologia delle varietà della rara dermatosi.

Prof. Dott. Mario Artom. — *È il lupus eritematoso una dermatosi di origine esclusivamente tubercolare?* — Prendendo lo spunto dalla precedente comunicazione l'O. espone lo stato attuale delle conoscenze sull'eziologia del lupus eritematoso, soffermandosi in particolare a trattare delle argomentazioni su cui si fondano i sostenitori dell'eziologia unica tubercolare e di quelle su cui invece si fondano coloro che pensano a diversi momenti eziologici del lupus eritematoso.

Ricorda numerosi casi dell'esperienza personale i quali possono costituire argomenti favorevoli per alcune delle varie ipotesi emesse a tal proposito e specialmente alcuni casi che avvalorerebbero la concezione di un'eziologia streptococcica e conclude confermando l'opinione degli AA. che pensano che allo stato odierno delle nostre cognizioni sia logico considerare il lupus eritematoso non tanto un'entità nosologica ben circoscritta e definita quanto una sindrome clinica di cui possono essere molteplici i momenti eziologici.

Prof. Luigi Bacialli. — *Le attuali vedute e le direttive cliniche nella gravidanza associata a tubercolosi polmonare.* — L'O. in rapida sintesi dimostra quali siano le ragioni che ormai fanno ritenere per sicura la negazione che la gravidanza apporti all'apparato polmonare modificazioni di funzione od alterazioni anatomiche tali da renderlo più attaccabile dal bacillo di Koch o da risvegliarne un processo specifico latente. Nello stesso senso negativo, dimostra che la gravidanza in genere non deve essere più ritenuta come fautrice o favorevole ad attecchimento od a evoluzioni di forme polmonari specifiche, eccezion fatta per le gravidanze anormali e che rientrano nelle tossicosi.

Richiama quindi l'assoluta necessità di una sempre più stretta collaborazione tra ostetrico ed internista per la risoluzione del problema curativo caso per caso, e riafferma ancora che la gravidanza non impedisce nè toglie valore a tutte quelle provvidenze terapeutiche che soglionsi adottare per la cura delle forme tubercolari dell'apparato respiratorio fuori di gravidanza.

Rilevata l'influenza del travaglio, l'importanza del secondamento e del puerperio nei rapporti delle affezioni polmonari esistenti, accenna a quegli esami clinici e biologici occorrenti ad ogni singolo caso, prima di ricorrere all'ancor così frequente interruzione della gravidanza, criticandone la spesso affrettata determinazione e prima di saggiare le risorse terapeutiche descritte. Limitandosi alla trattazione di questo solo importantissimo e delicato argomento l'O. addita quali siano le direttive più recenti per tale pratica che non può avere ormai regole fisse ma deve dipendere caso per caso dai risultati delle indagini cliniche, biologiche e terapeutiche, più aggiornate e coscienziose.

Dott. Rinaldo Rinaldi. — *L'esame radiologico del rene tubercoloso.* — L'O. ricorda i primi tentativi di diagnosi radiologica pura, quando, studiando l'immagine diretta del rene, si voleva scoprire il rene tigrato, ed accenna ai progressi ed alle discussioni che il metodo pielografico ha suscitato. Personalmente non crede inutile questa indagine e presenta un caso clinico in cui l'esame pielografico riuscì prima degli altri esami a dimostrare una lesione tubercolare.

Si sofferma poi sull'arteriografia renale, di cui precisa i limiti diagnostici.

Dott. Rinaldo Rinaldi. — *Le albuminurie tubercolari.* — Dopo aver accennato ad una classificazione patogenetica e clinica delle varie forme di albuminuria tubercolare, l'O. si sofferma a considerare la cosidetta nefrite tubercolo-tossinica che accompagna talvolta nel rene ritenuto sano e sufficiente la tubercolosi ulcero-caseosa chirurgica dell'altro.

Riporta i casi clinici di tre ammalate operate di nefrectomia in queste condizioni:

nella prima ebbe: tubercolizzazione della ferita e morte dopo due mesi;

nella seconda: tubercolizzazione totale della ferita, guarigione di questa complicanza e della nefrite in 5° mese; morte in 9° mese per meningite tubercolare;

nella terza: guarigione chirurgica in 21 giorni, gravidanza regolare dopo un anno e mezzo ed attualmente condizioni generali ottime.

Conclude mettendo in rilievo il pericolo della nefrectomia quando è presente una manifestazione di sofferenza dal lato ritenuto sufficiente perchè essa può essere l'esponente:

1) di una tubercolosi renale vera e propria, tubercolosi che sfugge all'esame urologico quando vi sono particolari condizioni di distribuzione della lesione;

2) di un'amilosi renale minima od estesa che non si rivela con nessuno dei segni di insufficienza secretoria che gli urologi sogliono cercare;

3) di una particolare fragilità renale costituzionale a base vascolo-nervosa;

4) di un'infezione tubercolare particolarmente attiva con tendenza a batteriemie transitorie.

Il Segretario: Dott. R. Rinaldi.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Valore dei caratteri morfologici costituzionali in rapporto alla forma della pelvi renale umana.

Secondo la scuola morfologica (de Giovanni, Viola) in generale i megalosplancnici avrebbero una speciale disposizione all'uricemia in confronto con i microsplancnici. Ricerche a conferma di tale opinione non esistono.

F. Rossi (*Boll. Soc. Ital. Biol. Sper.*, f. 7, luglio 1929) ha voluto ricercare se veramente esiste un rapporto anatomico fra la combinazione morfologica ed il tipo di pelvi renale.

S'è attenuto alla distinzione del Legueu per le varie pelvi: pelvi ampollari e pelvi ramificate, a cui ha aggiunto un terzo gruppo dette di pelvi a forma intermedia.

Le ricerche sono state condotte su cadaveri di entrambi i sessi, dai 10 ai 90 anni, e nei quali erano presenti i tre tipi morfologici, stabiliti secondo le misure fondamentali del corpo (Viola): microsplancnici, normosplancnici, megalosplancnici. In tali cadaveri venivano tolti i reni e le pelvi; si iniettava attraverso gli ureteri una sostanza opaca ai raggi X, e poscia si radiografavano i due reni in posizione antero-posteriore. Si ottenevano così delle immagini chiare e ricche di particolari, paragonabili alle pielografie eseguite a scopi diagnostici nei viventi.

Dalle osservazioni si ricava che la pelvi ampollare prevale nei microsplancnici (54,54 %) ed in proporzioni presso a poco uguale nei due sessi; le pelvi piccole e molto ramificate si osservano a preferenza nei megalosplancnici (53 %), e più nei maschi (60 %) che nelle femmine (50 %); le pelvi di forma intermedia è propria del tipo normosplancnico (30,76 %) con una prevalenza del doppio a favore del sesso femminile (50 %) sul maschile (22,22 %).

Astraendo dal tipo morfologico, le forme ampollari sono più frequenti (49,18 %) di quelle ramificate (32,78 %), e di quelle intermedie (18,03 %).

Per la loro frequenza, si deve escludere coll'Augier che le forme ampollari rappresentino una malformazione patologica, e ciò in contrasto col de Giovanni e la sua scuola, che sostengono che i fenomeni nefritici più pronunziati si verificano in generale nei megalosplancnici.

Le forme di pelvi assolutamente normali sono rappresentate dalle forme intermedie riscontrate nei normosplancnici, individui morfologicamente perfetti, e quindi meno soggetti alle affezioni morbose.

Le tre forme di pelvi si presentano diversamente nei due sessi, e con caratteristiche proprie, all'opposto di quanto hanno affermato Hyrtl e Papin.

Queste ricerche hanno una certa importanza, in quanto possono stabilire, oltre il tipo e la forma anatomica della pelvi, anche una speciale disposizione alle affezioni dell'apparato escretore del rene. Carusi.

Sul valore dei segni classici per la diagnosi precoce di tumore renale.

Su 71 casi capitati all'osservazione di Schmidt (*Bruns' Beitr. zur Klinischen Chir.*, n. 1, 1928) 48 sono stati dall'A. attentamente esaminati e di questi 3 erano benigni, 45 maligni. Di questi ultimi 29 erano ipernefromi, 6 carcinomi, 1 carcinoma del bacinetto, 5 sarcomi, 5 tumori misti in bambini.

Negli ipernefromi il dolore, come solo sintomo, fu riscontrato in 2 casi, mentre l'ematuria od il tumore solamente non furono mai osservati; nei 6 casi di carcinoma, non si ebbe mai sintomatologia unica, ma bensì ematuria e tumore 1 volta, dolore e tumore 2 volte; dolore, ematuria e tumore 3 volte.

Il caso di carcinoma del bacinetto si rivelò unicamente con un'ematuria persistente ed isolata; dei 5 casi di tumori misti nei bambini, in 3 non si ebbe che il tumore, in 2 si ebbe ematuria e tumore.

Per la prognosi, i carcinomi sono i più maligni; dopo una sintomatologia di due mesi, la capsula renale era già distrutta e nessun malato ha sopravvissuto più di un anno.

Anche i sarcomi distruggono rapidamente la capsula e la morte è a breve scadenza; al contrario i tumori misti possono dare una lunga sopravvivenza.

Per una diagnosi precoce, occorrerebbe, in ogni caso di dolori lombari vaghi, di coliche passeggere, di gastralgie non spiegabili, praticare sempre un esame renale completo.

L'A. ha riscontrato sangue nelle urine nel 18 % dei casi, cellule neoplastiche nel 4 %, sangue allo sbocco dell'orificio ureterale, durante la cistoscopia, nel 29 %; ciò nonostante l'A. consiglia sempre di ricorrere alla radiografia con iniezioni di aria nella loggia renale.

La diagnosi di varietà di tumore è assai difficile. Gli ipernefromi sono i più frequenti e si localizzano di preferenza ai poli del rene. Nei carcinomi, radiograficamente si vede il rene poco aumentato di volume, ma irregolare nel contorno. A. P.

Sindrome dolorosa renale.

Pascual (*La Medicina Ibera*, 24 dic. 1929) passa in esame la evoluzione interessante delle conoscenze cliniche e degli apprezzamenti intorno alla colica renale.

Un tempo il dolore del rene, tanto più se si presentava con i caratteri di colica accompagnata da ematuria, faceva immediatamente

pensare alla calcolosi. Si vide più tardi che al tavolo operatorio la diagnosi non era sempre giusta e che in molti casi non solo non si trovavano calcoli renali o dell'uretere, ma che restava oscura la causa delle sofferenze. Si parlò allora di nefralgie od ematurie essenziali. Apparvero poi i lavori di Israel e di Albarran a dimostrare che in molti di tali casi vi sono lesioni nefritiche ben caratterizzate anatomo-patologicamente (nefriti ematuriche, dolorose, croniche chirurgiche).

Al giorno d'oggi, grazie alle ricerche pielografiche e pieloscopiche, si sa che questa sindrome dipende spesso da piccole idronefrosi. Tali dilatazioni pelviche sono in rapporto con ostacoli al deflusso normale dell'orina rappresentati da gomitature dell'uretere o, cosa molto interessante rispetto alla patogenesi, da vasi anormali. VICENTINI.

L'edema della palpebra inferiore nei ritenzionisti.

Dalle ricerche di Fodéré (*Bull. Acad. de méd.*, 2 luglio 1929) risulta che l'edema della palpebra inferiore, in un individuo in buono stato di salute apparente, costituisce un indice di una leggera ritenzione ureo-clorurata, all'infuori di qualsiasi albuminuria.

Si osserva soprattutto nell'uomo verso la cinquantina e non è affatto la caratteristica di disordini sessuali, come alcuni ritengono, ma invece è un segno di ritenzione azotata, che deve mettere sull'avviso in modo da prescrivere a tempo un salasso, un regime ipoazotato, un purgante per impedire più gravi accidenti, che potranno anche portare improvvisamente il malato a morte.

In presenza di un tale segno, si cercheranno i segni di una nefrite insidiosa: pesatura regolare del malato, che permette di mettere in evidenza il periodo preedematoso di Widal e Javal, dosamento dell'urea sanguigna, costante di Ambard, prova della sulfonfenolftaleina. L'A. dà la preferenza ai metodi che rivelano il grado di permeabilità renale, anzichè al solo dosamento dell'urea nel sangue, in quanto che vi sono malati che reagiscono soltanto a g. 0,50, mentre in altri non si hanno disturbi anche con 0,80.

Tale segno sarà quindi da considerarsi come un segno di allarme: la sua scomparsa sarà l'indice della guarigione o del miglioramento.

fil.

CASISTICA.

La spondilite stafilococcica.

È una forma rara che si verifica prevalentemente nei giovani.

Borrel (*Arch. médico-chirurgicales de Province*, marzo 1929) ne fa un'ampia descrizione clinica.

La spondilite stafilococcica colpisce sopratutto la sezione lombare. Delle singole vertebre è prevalentemente leso l'arco posteriore, in particolare le lamelle e le apofisi trasverse. Le lesioni sono di vario grado, dalla periostite semplice alla necrosi dell'osso. Nella periostite semplice il periostio appare congestionato, facilmente scollabile in conseguenza della produzione di uno spandimento purulento. Il pus in seguito perfora il periostio e produce un ascesso al di sotto del quale si determina la lesione ossea. Il tessuto congiuntivo ed i muscoli formano intorno alla vertebra lesa un blocco fibroso e lardaceo.

In genere l'affezione si ha in individui che precedentemente hanno sofferto foruncoli o antrace. Si ha un dolore lombare che s'intensifica rapidamente, rigidità rachidea e febbre a tipo tifoso. In capo ad una o più settimane l'ascesso si rende manifesto all'esterno nella doccia vertebrale sotto forma di una raccolta allungata verticalmente. Talvolta l'ascesso si dirige in avanti sotto forma d'una tumefazione addominale che fa risalto sotto i tegumenti. Altre volte invade la guaina dello psoas ed allora una delle coscie si mette in flessione. L'infermo è in uno stato grave. Quando si svuota il pus, la temperatura si abbassa per poco, si formano nuovi ascessi che dànno una recrudescenza dei fenomeni generali, mentre si possono produrre fistole. Dopo diverse alternative si ha la morte o la guarigione in media dopo un anno di malattia.

Si hanno anche forme acutissime che uccidono in poco tempo, e croniche, nelle quali il fatto prevalente è il dolore a tipo di lombaggine o di sciatica con poca o niente febbre.

In questa forma cronica si ha deperimento, indebolimento, insonnia. Con l'andare del tempo si può svelare ad uno dei lati del rachide un ascesso torpido o mostrarsi l'ascesso ossifluente. L'ascesso può anche non esteriorizzarsi e dare segni di sè con fenomeni di compressione midollare (paraplegia, disturbi sfinterici). La diagnosi differenziale con il morbo di Pott è possibile solo a seguito dell'esame del pus.

Nella spondilite stafilococcica la suppurazione di raro manca. In tali casi si hanno solo dolori ai lombi ed alle anche e solo l'esame radiologico rivela la lesione vertebrale.

La spondilite stafilococcica richiede la cura delle altre forme osteomielitiche: larga apertura del focolaio di suppurazione. Nelle forme nelle quali la lesione è limitata alle apofisi trasverse e spinose basta lo svuotamento dell'ascesso, mentre quando esiste o si suppone la lesione del corpo vertebrale è necessaria la laminectomia.

L'intervento di solito produce una immediata diminuzione dei dolori e della febbre, che possono però ripresentarsi con oscillazioni più o meno frequenti, il che è indice d'incompleto svuotamento o di formazione di nuovi ascessi. Ed in tali casi occorre intervenire di nuovo.

DR.

Artrite vertebrale dorsale.

Si trascura troppo spesso la ricerca di questa affezione e ciò può essere causa di molti errori diagnostici. Barrè (*Presse Méd.*, n. 97, 1928) ricorda che essa è spesso responsabile di molte paraplegie che si attribuiscono al m. di Pott o alla sclerosi a placche.

Possono dipendere da essa alcune nevralgie intercostali, delle pseudo-appendiciti, pseudo-coliche nefritiche, o coliche epatiche.

Perfino potrebbe simulare l'*angina pectoris* e l'A. ha recentemente rilevato tre casi del genere. La diagnosi differenziale con questa forma è assai importante e si rileva in base all'insorgenza del dolore in moti di rotazione del tronco, all'esistenza di una zona dolorosa paravertebrale tra la 4ª e 7ª dorsale; e sopratutto alla immagine radiografica. Un trattamento locale con iniezioni fa spesso meraviglie.

L. TONELLI.

Spondilite tifica.

Descritta da Gibney nel 1889 col nome di « tyfoid spine » è una complicazione delle più rare dell'infezione tifoidea, data la diffusione estrema della malattia che la produce.

Ora Gonzales, Ortaneda e Vidaurreta (*Prensa Med. Arg.*, n. 6, 1929) ne riferiscono un caso tipico. Si trattava di un uomo, in cui l'infezione tifoidea era decorsa normalmente ed era entrato in convalescenza già da 45 giorni, quando cominciò ad accusare artralgie alle gambe ed ai piedi e dolori intensi alle regioni lombari, che si accentuavano con la pressione della 2ª e 3ª vertebra lombare. Praticata subito una radiografia della colonna vertebrale, non dimostrò lesioni ossee apprezzabili. I dolori erano ribelli a qualsiasi terapia analgesica e solo spontaneamente e lentamente scomparvero.

Due mesi dopo però il p. chiese di nuovo ricovero in ospedale, perchè erano comparsi dolori violenti alle regioni lombari che gli impedivano qualsiasi movimento del tronco. Obiettivamente non si notavano deviazioni della colonna vertebrale; la pressione e la percussione dell'apofisi spinose della 2ª e 3ª vertebra lombare provocavano vivo dolore. I riflessi erano normali, nessuna alterazione fu trovata a carico del liquor.

Eseguita una nuova radiografia, questa dimostrò una diminuzione dello spazio tra la 3ª e la 4ª vertebra lombare, le quali presentavano contorni irregolari; oltre a ciò era possibile vedere un ponte osseo di unione fra le due vertebre, più evidente dal lato destro.

Il paziente fu sottoposto a cura vaccinica e già alla 2ª iniezione la motilità della colonna vertebrale era pressochè normale, finchè dopo un mese fu dimesso in ottime condizioni. Radiograficamente fu però osservato che la guarigione era semplicemente clinica.

A. P.

TERAPIA.

Il trattamento dell'endocardite maligna a forma lenta.

Sabrazès (*Gaz. hébd. des sciences médicales*, 17 febbr. 1929) riassume la scoraggiante questione del trattamento dell'endocardite maligna a forma lenta. La tripaflavina non ha dato i risultati che si speravano. Il siero dei convalescenti di infezioni streptococciche non ha gran valore poichè, come si sa, gli streptococchi non danno immunità solida nè di grande durata; inoltre il siero ottenuto con uno stipite non ha azione sull'altro e talvolta si mostra inattivo anche il siero polivalente.

La vaccinoterapia, con un autovaccino ottenuto mediante emocoltura, e così pure la sieroterapia fatta col siero di un individuo che si lasci vaccinare con lo stipite isolato sarebbero più indicati, ma di azione del tutto incerta.

La soluzione di violetto di genziana (cg. 30-75 al giorno in iniezione endovenosa in 50 cmc. di acqua) è, fino ad ora, uno dei rari mezzi, che ha dato qualche risultato incoraggiante. Il violetto di genziana è poco tossico, come dimostra un errore di alcuni autori (Mark e Ollster) che hanno iniettato 2 grammi invece di 20 cg., senza avere nessun incidente spiacevole ed ottenendone invece un risultato notevole.

fil.

Il trattamento dei disturbi cardiaci di origine basedowiana.

I disturbi cardiaci nel morbo di Flajani-Basedow hanno un'importanza indiscutibile, dal punto di vista clinico, diagnostico e pronostico; essi si accompagnano sempre a palpitazioni, talora dolorose e possono esagerarsi, negli individui nervosi, fino a dare un vero stato di *angor*.

R. Froyez, però (*Bull. méd.*, 2 marzo 1929) distingue i tiroidei, esenti da ogni lesione cardiaca organica, da quelli che hanno, oltre alla lesione tiroidea, anche una lesione valvolare. In questi ultimi, il miocardio si stanca rapidamente e si ha, di regola, l'asistolia precoce e grave; in tali individui, la terapia tonicardiaca deve essere istituita prima di ogni altro trattamento.

All'inizio, si dovranno combattere la tachicardia e le palpitazioni dolorose, per mezzo dei consueti calmanti: valeriana, *crataegus*, *adonis*. Si possono anche tentare i sali di chinina (solfato, bromidrato, o meglio valerianato); due cartine da 25 cg. al giorno.

Utile è anche l'eserina, di cui la doppia azione sul vago e sul simpatico regolarizza e modera l'eccitabilità della fibra cardiaca: 1 mg. tre volte al giorno per bocca e 1/2 mg. endovenoso.

Nelle crisi di tachicardia parossistica, la chinidina, associata al trattamento antitiroideo; in caso di insufficienza cardiaca, digitale o meglio, uabaina.

Nell'aritmia, si tenterà l'eserina e specialmente la chinidina, che si prescriverà progressivamente, incominciando con due compresse da 20 cg., per raggiungere fino g. 1,20; la dose quotidiana sarà continuata fino alla regolarizzazione.

L'insufficienza cardiaca si gioverà dei medicamenti abituali: digitale e uabaina.

L'uabaina è preferita da molti; la si dà per via endovenosa, incominciando con 1/8 di mg., ma si può anche dare la soluzione *per os*.

fil.

Il biancospino nell'aritmia extrasistolica.

Pagès e Comte (*Journ. de méd. de Paris*, 11 apr. 1929) consigliano l'estratto di biancospino nelle aritmie extrasistoliche, sia di origine digestiva (che sono quelle più favorevolmente influenzate), sia in casi di tachisistolie auricolare, di fibrillazione, paragonando l'azione a quella della chinidina.

Si prescrive l'estratto idroalcoolico a dosi di cg. 40-1 g., preferibilmente in forma di pillole, con polvere di liquirizia; 5-10 nelle 24 ore, prima dei pasti. Si possono anche prescrivere le cartine di tale estratto (cg. 25), con idrato di magnesia (cg. 20); da prenderne una o due prima dei pasti.

Biancospino, o Marruca bianca; *Crataegus oxycantha*). *fil.*

Il trattamento dell'aortite addominale.

L. Ramond (*La Presse méd.*, 14 dic. 1929) fa rilevare che l'aortite addominale può rivelarsi, oltre che con i dolori dopo uno sforzo (*angina abdominis*) anche con dolori spontanei a forma di crisi gastralgiche od enteralgiche, che durano da un'ora a più giorni e sono accompagnate, nella forma gastrica, da nausee, vomiti, eruttazioni ed in quella intestinale, per lo più da costipazione ostinata.

Per quanto riguarda il trattamento, l'A. consiglia:

1) Nella crisi dolorosa: un cucchiaino della pozione di Vaquez:

Sol. alcoolica di trinitrina a 1/100	gocce	LX
Cloridrato di eroina	cg.	5
Caffeina	g.	1
Benzoato di sodio	»	2
Sciroppo di etere	»	60
Acqua distillata q. b. per	»	100

1-3 cucchiaini al giorno.

Oppure somministrare una pillola di trinitrina caffeinata (Trinitrina a 1/100 gocce due; Caffeina cg. 2; Cloridr. di eroina mg. 1/2), 1-10 al giorno.

2) Nell'intervallo delle crisi. Una serie eventualmente ripetuta dopo 3 settimane di 20 iniezioni endomuscolari quotidiane di un estratto pancreatico ipotensore, incominciando con metà dose per saggiare la sensibilità del malato.

3) Ricercare la sifilide facendo eventualmente la cura specifica. Dare un regime misto, ma poco azotato, specialmente latte e frutta. Alternare, di 3 in 3 settimane, delle gocce di peptone jodato e dei preparati a base di silicato di sodio. *fil.*

VARIA.

Piedi e scarpe.

I piedi, organi di sostegno e di locomozione, meriterebbero di essere particolarmente curati. Tuttavia la tendenza attuale della moda non tiene gran conto delle loro necessità anatomiche e funzionali. Le scarpe generalmente usate, specie dalle donne, sono per la loro forma, per la loro ampiezza le meno adatte a preservare da sofferenze attuali e da malformazioni e disturbi che con il tempo finiscono per provocare disordini persistenti.

Il piede è costituito sul principio del tripodo, la cui flessibilità ed elasticità è la condizione essenziale per la deambulazione. La parte più rigida e più robusta di questo tripodo è il calcagno, che costituisce il fulcro e l'organo di sostegno del piede. A sua volta esso sostiene l'astragalo sul quale poggia tutto il peso del corpo trasmesso dalla tibia. Anteriormente due parti flessibili e movibili completano la base dell'astragalo. Distalmente il peso del corpo è trasmesso ai cinque metatarsi che così entrano nella composizione delle parti mediale e laterale del tripodo. Lo scafoide trasmette il peso del corpo proveniente dall'astragalo ai cuneiformi interno, medio ed esterno, ed attraverso questo al primo, secondo e terzo metatarso (componente mediano del tripodo), mentre il cuboide lo trasmette al quarto e quinto metatarso (componente laterale del tripodo).

Il piede forma due archi, uno anteriore o trasverso, e l'altro, longitudinale o mediano. Il primo segue la linea dell'articolazione tarso-metatarsica. L'arco longitudinale ha la maggiore concavità tra il cuneiforme medio ed esterno. La flessibilità ed elasticità dipende dai legamenti. La preservazione dell'arco longitudinale dipende dalla robustezza dei legamenti calcanoscafoideo, calcanoastragaloideo, calcanocuboideo e plantari. L'arco stesso con il calcagno, come base posteriore, ed i cinque metatarsi, come base anteriore, riceve la maggior parte del peso del corpo nella direzione del terzo dito. L'arco trasverso agisce anteriormente come volta di sostegno laterale e mediale dell'arco longitudinale. La flessibilità e capacità di rimbalzo di questi sostegni riducono al minimo lo sforzo esercitato sull'avampiede.

Pertanto le scarpe, per essere innocue, dovrebbero garantire la flessibilità degli archi

del piede. Invece le scarpe che attualmente si adoperano rispondono più all'eleganza che alle vere necessità fisiologiche. Esse non costituiscono un sostegno effettivo della volta del piede per modo che si determina un rilasciamento dei legamenti e conseguentemente una perdita dell'elasticità del piede stesso.

Il tacco alto generalmente adoperato dalle donne fa sì che il peso del corpo invece di gravare sul calcagno, grava su i piloni laterale e mediale dell'arco longitudinale.

Le scarpe degli uomini quantunque non presentino quest'inconveniente, sono tuttavia fatte in modo da non sostenere egualmente tutta la volta del piede. L'arco anteriore manca quasi del tutto di sostegno, per modo che l'avampiede tende a pianeggiare, a slargarsi ed a raggiungere un livello più basso del calcagno. D'altra parte l'arco longitudinale sul quale grava prevalentemente il peso del corpo tende anch'esso a rilasciarsi.

L'eleganza è a tutto scapito della convenienza. Le scarpe devono essere considerate non come un ornamento ma come un mezzo di protezione e di sostegno. Esse devono essere costruite in modo da offrire una superficie dura che funzioni da sostegno adattandosi a tutte le curve del piede e d'altra parte avere una certa flessibilità che consenta la libertà dei movimenti.

Le scarpe di pelle di capretto o di pelli altrettanto leggere non sono raccomandabili, in quanto esse non contengono sufficientemente il piede e sono soggette a sfiancarsi. La pelle di vitello si presta meglio perchè protegge e sostiene meglio il piede e contemporaneamente non dà fastidi e dura di più.

Le scarpe appena levate dal piede devono essere poste su uno sgabello, non a terra, in luogo non umido e fuori dalla camera da letto. Il cuoio assorbe i prodotti della perspirazione, e rimanendo umido tende a perdere la sua forma e la sua elasticità.

Duka (*American Medical Journal*, 10 agosto 1929) consiglia anche di cambiare le scarpe almeno due volte al giorno.

Le scarpe pur dovendo essere quanto più è possibile estetiche ed eleganti, devono essenzialmente essere comode e conservare durevolmente la loro forma.

Il tipo più consigliabile è quello a punta semicircolare o quadrata. Le forme a stivale sono preferibili perchè concorrono a mantenere diritto il sostegno laterale, il che facilita le escursioni dell'arco longitudinale specie per i piedi deboli, e d'altra parte contiene il nodo tarso-metatarsico.

Posteriormente la scarpa deve essere fatta in modo da ben contenere il calcagno, ossia quasi a terminare a punta indietro. Si evita così ogni pressione sulle articolazioni metatarso-falangee e con ciò si consente la più ampia libertà ai movimenti delle dita.

Tenuto conto che le scarpe si calzano con difficoltà, data la maggiore ampiezza dell'avampiede, conviene sceglierle sempre di un numero o due più ampie di quelle che si adattano perfettamente al piede.

La forma deve, grosso modo, essere conforme a quella del piede con il margine interno quasi diritto e quello esterno leggermente curvo.

Per assicurare le escursioni all'articolazione dell'alluce, in corrispondenza di questo dito la scarpa deve essere più lunga in modo che la punta dell'alluce non sia ad immediato contatto con la tomaia.

Il piede deve essere calzato in modo che si abbia la sensazione di un comodo appoggio sull'arco longitudinale e di una buona contenzione nello stivaletto al disopra del tarso.

Non è difficile conciliare questo requisito con le esigenze della estetica e dell'eleganza. Del resto questa è relativa. È tutta quistione di moda, e l'esperienza insegna come questa dea capricciosa è capace di fare entrare nell'uso le cose che non sempre possono avere la pretesa dell'estetica. Le donne hanno rinunziato ai cappelli impennacchiati ed infiorati, agli infagottamenti che una volta erano ritenuti indispensabili all'abbigliamento. Perchè non dovrebbero rinunziare al tacco alto? Quistione di statura? La generalizzazione del tacco basso porterà allo stesso livello tutto il sesso femminile.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

E. TROCELLO. *Vita di guerra e malattie mentali.* Ist. Naz. Med. Farmac., Serono, Roma, 1929.

G. ARNONE. *Tre casi di cisti di echinococco curati vantaggiosamente con la diatermia.* — Cultura Medica Editrice, Palermo, 1929.

A. PERI. *Medicina del Lavoro.* — Discipl'na Italica, 1929.

G. TESTARMATA. *Il metabolismo basale.* — Tip. Menicucci, Falerone, 1928.

A. CERNEZZI. *La rachianestesia.* — Vallardi, Milano, 1929.

E. POLICHETTI. *Documentazione sperimentale clinica dell'insuccesso del piombo nella cura di 38 casi di cancro.* — Rinasc. Medico, Napoli, 1929.

Atti del raduno radiologi Alta Italia. — Orfanotrofio, Brescia, 1929.

A. GRECO. *Curando la tbc. polmonare.* — Rivista Terapia, Napoli, 1929.

V. BACCI. *Collasso cardio-vasale in diabetico.* — Tip. Stucchi, Milano, 1929.

S. PEDRAZZINI. *L'origine et la réabsorption du Liquide cephalo-rachidien.* — Masson, Paris, 1929.

C. SCOTTI GUERRA. *Contributo delle Assistenti Sanitarie nei Centri Profilattici Antitubercolari.* — Palermo, 1929.

I. TANSINI. *L'iscuria prostatica e l'operazione Bottini.* — F. Vallardi, Milano, 1929.

P. CORTESE. *Sull'innesto di midollo osseo.* — Stabilimento Giannitrapani, Palermo, 1929.

E. CASATI. *Opoterapia Razionale.* — Ind. Grafiche, Ferrara, 1929.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Esercizio professionale dei sanitari rimpatriati per causa della guerra.

Al Ministero dell'Interno fu attribuito il potere di autorizzare, in base a proposta di una speciale Commissione, l'esercizio professionale dei sanitari diplomati all'estero, i quali abbiano esercitato pubblicamente e notoriamente la loro professione nel Regno, a norma dell'art. 3 del D. L. 22 agosto 1915 n. 1315 (D. L. 22 marzo 1923 n. 795).

Si è discusso della facoltà dell'amministrazione di valutare il *contenuto intrinseco* dei diplomi conseguiti all'estero. Ma la IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 25 ottobre 1929 n. 588, ha dichiarato che tale facoltà non è stabilita dal citato decreto nè può essere implicitamente riconosciuta, tanto più che contrasta con la genesi delle disposizioni relative ai rimpatriati per causa della guerra e con i precedenti legislativi espressamente richiamati. Il possesso del diploma estero costituiva già titolo sufficiente, per effetto dell'art. 3 del D. L. 22 agosto 1915 n. 1315, qualora concorressero determinate circostanze, per la abilitazione provvisoria all'esercizio della professione in Italia. Relativamente al diploma occorreva soltanto l'esame della *validità formale* del documento. L'art. 2 del D. L. 22 marzo 1923, che richiama il decreto del 1915, non contiene innovazione alcuna circa il requisito del possesso dei diplomi esteri agli effetti della trasformazione provvisoria in definitiva; e invece riproduce la medesima locuzione, aggiungendo soltanto il requisito nuovo dell'esercizio pubblico e notorio della professione in Italia.

Il caso Asuero e le norme per l'esercizio professionale degli stranieri in Italia.

Il « caso Asuero » è qui considerato dal punto di vista giuridico. Lo scopo di questa nota è anzi più ampio. Riferendoci a recenti discussioni, vogliamo esaminare le norme che regolano l'esercizio delle professioni in rapporto ai sanitari diplomati all'estero.

Sin dalla legge Casati ha dominato, in Italia, un indirizzo meno restrittivo, notevolmente poi corretto e meglio regolato. Sarebbe inutile risalire alle cause di questa tendenza legislativa, che si manifestava anche in altri campi; ci allontaneremmo dal nostro scopo se discutessimo della convenienza di rafforzare barriere protettive.

L'art. 5 del R. D. 30 settembre 1923 n. 2102, regola la efficacia dei *titoli di studio* e dei *titoli accademici*, conseguiti all'estero. « I cittadini italiani residenti all'estero, gli italiani non regnicoli e gli stranieri possono essere ammessi presso le Università e gli Istituti superiori all'anno di corso per il quale siano ritenuti sufficienti i *titoli di studio* conseguiti all'estero ». In questo caso si tratta di studi che voglia continuare e completare in Italia il cittadino o lo straniero che li ha iniziati all'estero. Il Senato accademico o il Consiglio della scuola giudica dell'ammissione.

Soggiunge l'art. 51: « I titoli accademici conseguiti all'estero non hanno valore legale nel Regno, *salvo il caso di legge speciale* ». Ma vi è una eccezione, che deriva dall'art. 140 della legge Casati, la quale permetteva a coloro che avessero conseguito la laurea in una Università estera di *maggiore fama* di presentarsi soltanto agli esami generali. L'art. 51 del R. D. 30 settembre 1923 ha conservato questa eccezione, regolandola meglio: « ove tuttavia trattisi di titoli accademici conseguiti presso Università o Istituti superiori stranieri di maggiore fama, il Senato accademico, udita la facoltà o scuola competente, o il Consiglio della scuola, può *caso per caso*, e tenuto conto degli studi compiuti e degli esami speciali e generali sostenuti all'estero, dichiarare che il titolo accademico conseguito all'estero ha lo stesso valore, a tutti gli effetti, di quello conferito dalle Università e dagli Istituti superiori del Regno ovvero ammettere l'interessato a sostenere l'esame di laurea o diploma, con dispensa totale o parziale dagli esami di profitto prescritti dallo statuto dell'Università o Istituto superiore per il corrispondente corso di studi ».

Decide, dunque, il Senato accademico o il Consiglio della scuola.

L'art. 51 fa salve le norme speciali concernenti determinati titoli o per l'ammissione ad impieghi pubblici o per l'esercizio professionale. Si entra, per questa via, nel campo dell'attività sanitaria.

L'art. 53 del testo unico 1° agosto 1907 n. 636 vieta l'esercizio della professione di medico chirurgo, farmacista, veterinario, dentista, levatrice a chi non abbia conseguito la laurea o il diploma in una Università o scuola nel Regno. Ma la legge 22 dicembre 1888 aveva stabilito, non senza contrasti, e l'art. 53 del testo unico riprodusse perciò due eccezioni: « sono eccettuati dal presente divieto i medici o chirurgi forestieri espressamente chiamati per casi speciali e quelli che, avendo diploma di qualche Università o scuola di medicina all'estero, esercitano la loro professione presso i soli stranieri ».

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

La prima eccezione è rimasta in vigore; l'altra, vivamente criticata, è ormai superata, salvi gli effetti che produsse.

Richiesta di assistenza per *casi speciali*: si tratta di ipotesi eccezionalissima e di prestazioni circoscritte entro limiti ben definiti e facilmente riconoscibili. Qualsiasi deviazione o esorbitanza costituisce reato di esercizio abusivo.

Se il medico straniero, chiamato per un caso speciale, presta assistenza fuori di questi limiti, è penalmente perseguibile.

Il medico italiano che « presta comunque il suo nome ovvero *la sua attività* professionale allo scopo di permettere o *di agevolare* il delitto di esercizio abusivo » è ugualmente responsabile (art. 1° della legge 6 marzo 1928 n. 1074).

L'applicazione di queste norme protegge sufficientemente i nostri ordinamenti da illecite incursioni.

La legge 10 luglio 1910 n. 455, corresse la seconda eccezione: « sono autorizzati a continuare nell'esercizio della professione, ma soltanto presso gli stranieri,... i medici ed i chirurgi diplomati all'estero che al promulgarsi della presente legge siano da oltre tre anni iscritti nei ruoli dei contribuenti per i redditi di R. M., derivanti dall'esercizio professionale ». La via fu chiusa, ma senza pregiudizio di coloro che erano già entrati e da tre anni almeno esercitavano, valendosi di una disposizione che permetteva l'assistenza ai soli stranieri.

Fu però ammesso il principio della reciprocità. Dispose l'art. 2: « Possono essere iscritti (negli albi) anche i cittadini e gli stranieri che abbiano regolarmente conseguito il diploma professionale in un Istituto di Stato estero che abbia concesso il diritto di reciprocità per l'esercizio professionale ai cittadini diplomati in Italia ».

Il testo unico 26 aprile 1928 n. 1317 ha conservato questa regola, disciplinandola meglio: « Possono essere iscritti ecc. ecc. *quando con tale Stato estero il Governo del Re abbia stipulato accordo speciale sulla base dell'assoluta reciprocità di trattamento per i cittadini diplomati in Italia* ».

È in vigore una vecchia convenzione con la Svizzera (R. D. 3 agosto 1888 n. 5628).

Con effetti dal 21 maggio 1925 è stato concluso un accordo con la Gran Brettagna (R. D. 28 giugno 1925 n. 1489). Per esso, « i medici chirurgi diplomati nella Gran Brettagna, nelle Colonie inglesi, in India e nei possessi e domini inglesi, tra i quali e la Gran Brettagna esiste reciprocità in fatto di medicina... possono essere iscritti negli albi dei medici chirurgi del Regno d'Italia... senza bisogno di sostenere alcun nuovo esame o di conseguire alcun nuovo titolo presso gli istituti del Regno ».

Correlativamente, i medici chirurgi diplomati in Italia « possono essere iscritti, beneficiando all'uopo dell'ordinanza del Consiglio privato britannico 9 marzo 1901, la quale applicò al Regno d'Italia la seconda parte della legge sulla medicina del 1886, *nell'elenco straniero* dei registri degli esercenti britannici la medicina ed attendere conseguentemente all'esercizio professionale nella Gran Brettagna, nelle Colonie inglesi, in India, nei possessi e domini inglesi tra i quali e la Gran Brettagna esista reciprocità in fatto di medicina, senza bisogno di sostenere alcun esame ecc. ecc. ».

In sostanza, due norme sono fondamentali nel nostro ordinamento protettivo verso gli stranieri: *a*) quella dell'art. 51 del R. D. 30 settembre 1923 n. 2102, che nega qualsiasi efficacia ai titoli *accademici* conseguiti all'estero, salvi singoli casi di riconoscimento speciale per giudizio degli organi superiori delle nostre Università; *b*) la disposizione che richiede, per l'iscrizione nell'albo dei medici chirurgi, il diploma professionale *dato* o *confermato* in una Università del Regno, pur ammettendosi eccezionalmente la validità del titolo conseguito dal cittadino o dallo straniero all'estero, qualora il trattamento di assoluta reciprocità risulti da speciali accordi.

Il nostro Governo applica, si intende, con avveduta accortezza questa eccezione, tenendo conto di tutti gli elementi di opportunità e di convenienza e anche della necessità di difendere l'esercizio professionale in Italia da penetrazioni perturbatrici.

È da avvertire, infine, che possono essere iscritti negli albi gli stranieri che abbiano il godimento dei diritti civili, siano di buona condotta morale e politica e siano in possesso del diploma professionale dato o confermato in una Università del Regno.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Andretta (*Avellino*). — Scad. 28 feb.; L. 8000; età lim. 40 a.; iscrizione P. N. F.; tassa L. 50,15.

Bogliuno (*Istria*). — Scad. 28 feb.; consorzio con Valdarsa; L. 9000 e 4 quadrienni dec., oltre c.-v.; L. 4000 trasp.; età lim. 25-40 a.

Bronte (*Catania*). — Al 6 marzo; L. 8000 e addizionale L. 3 oltre i 300 poveri; età lim. 33 a.

Brugine (*Padova*). — Scad. 1° mar.; L. 9000 per 1000 pov., addizion. L. 5, trasp. L. 500-1500-3000, ambulat. L. 600, uff. san. L. 800, c.-v.; abitaz., rimessa pigione L. 1000.

Castelnuovo d'Istria (*Fiume*). — Scad. 28 feb.; con Matteria; L. 9600 e 4 quadrienni dec., oltre L. 1350 serv. att., L. 3000 automob. o cavallo, L. 1500 uff. san., c.-v.; tassa L. 50,15; età lim. 40 a.

Cicala (*Catanzaro*). — Scad. 2 marzo; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 serv. att.; età lim. 35 (40) a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 30 gen.

Cigliano (*Vercelli*). — Scad. 28 feb.; una delle due condotte; rivolgersi Segreteria.

Fobello (*Vercelli*). — Consorzio Fobello-Cervatto-Rimella. Stipendio L. 9000. Assegno Ufficiale Sanitario L. 500. Indennità trasporto L. 500 più per caro-viveri L. 800 se coniugato. Scadenza 20 marzo. Chiedere bando di concorso alla Segreteria Consorziale presso il Municipio di Fobello.

Forlì. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario direttore ufficio igiene di Rimini; stipendio lire 13.780; per servizio attivo L. 2000, nonchè eventuali diritti d'ufficio che sono rilevanti. Dieci aumenti biennali del ventesimo sullo stipendio base e anni servizio prestati pubbliche amministrazioni come titolari; divieto esercizio libero; documenti a questa Prefettura non più tardi del 30 marzo. Età limite 45 anni salve proroghe ed esenzioni previste R. D. 29 nov. 1925, N. 2266.

Genova. *Municipio*. — Tre posti di medico igienista di 2ª classe presso il Reparto Sanità e Igiene; proroga a tutto 28 febbraio.

Guccarello (*Savona*). — Scad. ore 18 del 20 marzo; consorzio 4 comuni; L. 9400 oltre L. 500 uff. san., L. 3000 trasporto; età lim. 35 a.

Malito (*Cosenza*). — Scad. 28 feb.; 1ª cond.; L. 7000 oltre L. 2500 cavalc.; 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

Marsaglia (*Cuneo*). — Scad. 28 feb.; L. 9000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.

Orosei (*Nuoro*). — Scad. 3 mar.; L. 10.500 e quadrienni, ecc.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Padova. *Amministraz. Provinc.* — Due assistenti per il Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi: uno per la Sez. Med.-Micrograf. ed uno per la Sez. Chimica; L. 10.000 oltre L. 1500 serv. att.; compartecipaz. 10 %. Scad. 28 febb.

Piandimeleto (*Pesaro*). — Scad. 1° mar.; 2ª cond. per i comuni di Lunano e Belforte all'Isauro; ab. 2200 circa; resid. a Piandimeleto; età lim. 40 a.; L. 8000 e 10 bienni ventesimo, oltre L. 1500 indennità consortile, L. 3000 cavalc., c.-v.; tassa L. 50,10.

Pinerolo (*Torino*). — Scad. 28 feb.; due condotte; L. 8000 elevabili a L. 12.000 in 20 anni; trasp. L. 1800; c.-v.

Pollutri (*Chieti*). — Ufficiale Sanitario. Stipendio annuo L. 3000, aument. di un decimo per ogni quadr. e per cinque quadrienni. Domande e documenti debbono pervenire all'Ufficio Provinciale Sanitario presso la R. Prefettura di Chieti non oltre il 20 marzo. Per chiarimenti sui documenti e altre informazioni rivolgersi all'Ufficio predetto.

Potenza Picena (*Macerata*). — A tutto 10 mar., 2ª condotta (parte della città e del territorio); L. 8000 e 3 quadrienni dec., oltre c.-v.; con supplenze a forfait di L. 1200 annue; L. 1000-2500 trasp.; se uff. san. L. 1200; tassa L. 50,15; età lim. 40 a.; chied. annunzio.

Rimini (*Forlì*). — Uff. sanit. direttore Ufficio d'Igiene. (Vedi Forlì, *R. Prefettura*).

Roma. *Pio Istituto di Santo Spirito e Ospedali Riuniti*. — Tre posti di primario chirurgo; titoli ed esami; scad. ore 16 del 16 apr.; L. 7800 e c.-v.; per le condizioni rivolgersi alla Segreteria generale.

Rovigo. *Amministraz. Provinc.* — Direttore e due medici di Sezione nell'Ospedale Psichiatrico Prov.; iniziali L. 16.000 e 12.000; 5 aumenti; pel direttore L. 1500 d'indenn. carica; c.-v.; alloggio; età lim. 40 a. Scad. ore 17 del 28 feb. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria generale. Tassa L. 50,10. Serv. entro 10 gg. salvo proroga di non oltre 15 gg.

Taverna (*Catanzaro*). — Scad. 28 feb.; L. 7500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15.

Tolve (*Potenza*). — Scad. 28 feb.; L. 9000 e 6 quadrienni di L. 750; età lim. 40 a.; iscrizione P. N. F.

Torino di Sangro (*Chieti*). — Uffic. sanit.; titoli ed esami; L. 3000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; informazioni dall'Ufficio Provinciale Sanit. presso la R. Prefettura di Chieti.

Tradate (*Varese*). — Uffic. sanit.; L. 5000 e 5 quadrienni dec., oltre diritti e compensi stabiliti dalle leggi sanit.; supplenza 3 medici condotti a L. 500 ogni supplenza di giorni trenta; libero eserc.; chiarimenti dalla R. Prefettura di Varese e dalla Segret. Comun. di Tradate.

Valduggia (*Novara*). — Abitanti 2657. Stipendio iniziale L. 9000, oltre L. 500 per indennità trasporto e L. 500 se incaricato del Servizio di Ufficiale Sanitario. Scadenza 15 marzo. Richiedere il bando di concorso con le modalità alla Segreteria Comunale.

Verona. — Medico aggiunto e direttore del Dispensario antitubercolare; scad. 5 mar.; L. 14.850 e quadrienni, oltre L. 3500 serv. att.; età lim.

40 a.; diplomi di specialista in malattie dell'apparato respiratorio e di uff. san.; 3 anni in Ospedale import. o Clin. med.; 2 anni in Istituto dispensarile di città capoluogo; 1 anno in Istituto d'igiene.

VICENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. 1) Assistente alla Sezione Batteriologica e Medico-Micrografica; 2) Coadiutore alla Sezione Chimica; 3) Assistente alla Sezione Chimica. Stipendi: rispettivamente L. 12.000 elevabile a L. 18.000 il 1°, L. 15.000 elevabile a L. 22.500 il 2°, L. 12.000 elevabile a L. 18.000 il 3°, per effetto di 5 aumenti di un decimo cadauno, per ogni quadriennio. Indennità servizio attivo, rispettivamente, L. 1750, L. 2000, L. 1750. Premio di operosità 25 % degli introiti annui provenienti dai compensi per le indagini eseguite nel Laboratorio, da ripartirsi fra il personale tecnico del Laboratorio stesso, in ragione dello stipendio goduto. Scadenza ore 18 del 15 aprile. Per ottenere il bando di concorso e chiarimenti sui titoli, ecc., rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

CONCORSI A PREMI.

Premi dell'« Umfia ».

L'Unione Medica Franco-Ibero-Italo-Americana ha indetto una serie di concorsi, cui possono partecipare gl'inscritti sulle liste dell'Umfia nell'anno che precede il concorso.

I principali premi sono: Voronoff di fr. 10.000 e 5000, per ricerche di endocrinologia; Dartigues e Rosenthal, di fr. 4000, sugl'interventi medico-chirurgici nella tubercolosi polm. e sul pneumotorace bilaterale; Luys, di fr. 3000, sul trattamento dell'adenoma prostatico per via endoscopica; Tussau, di fr. 2000, sul trattamento della sterilità con la lipiodolizzazione utero-tubarica e sulla radiografia utero-tubarica; Foveau de Courmelles e Bandelac de Pariente, di fr. 2400, sulle radiazioni nei fanciulli. Per informazioni scrivere alla Segreteria generale dell'Umfia, rue de la Pompe 81, Paris.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. Jean Charcot, figlio del grande Charcot e noto per l'esplorazione polare, è nominato membro dell'Accademia di Medicina di Parigi.

Un premio annuale di 5000 dollari (90.000 lire), stabilito dal periodico « Pictorial Review » di New York per il migliore contributo recato da donne alle scienze o alle lettere od alle arti, nel corso dell'anno precedente, è stato testè assegnato alla dott.a Sabin Wins, per i suoi studi sui centri nervosi, sull'istogenesi del sistema linfatico e sull'ematogenesi. La Wins è la prima medichessa che sia stata accolta nell'Accademia Nazionale delle Scienze di New York e nell'Istituto Rockefeller per ricerche mediche.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Napoli.

Prolusione al Corso Ufficiale di Ortopedia.

Mercoledì 22 gennaio, nell'aula della Clinica Chirurgica al Policlinico, il prof. Luigi De Gaetano ha tenuto la prolusione al corso ufficiale di Clinica Ortopedica alla presenza di tutte le autorità accademiche e di numerosissimo pubblico, svolgendo il tema: « Malattie ossee della crescenza (pseudotubercolosi) ».

L'O., dopo aver rivolto il suo ringraziamento ai ministri Fedele e Belluzzo, al magnifico rettore, alla Facoltà di Medicina, al sen. prof. Pascale, invia il suo saluto ai giovani. Fa quindi un breve cenno storico della ortopedia da Andry ai nostri giorni, ricordando le definizioni antiche e moderne della specialità, per poter così chiarire ancora una volta quali sono i limiti da segnare alla chirurgia ortopedica, limiti che per l'O. sono quelli già fissati, secondo le vedute moderne, dal Codivilla nel 1906 nel Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

L'O. ricorda quale sia stata l'ortopedia a Napoli e quale sia stato il suo divenire parallelamente allo sviluppo della specialità in Italia, paese in cui indubbiamente la specialità è stata tenuta sempre in grande onore come ne fanno fede da una parte il movimento scientifico concretizzantesi in numerose e pregiate pubblicazioni e giornali della specialità, dall'altra il prestigio e la considerazione in cui è tenuta l'Ortopedia italiana all'estero. L'O. passa a considerare l'Ortopedia nei suoi rapporti con l'infortunistica ed accenna al contributo che alla specialità viene dalla vita meccanica moderna. Illustra così l'importanza sociale dell'Ortopedia, lumeggiandola anche attraverso le provvide leggi che il Regime ha emanato riguardanti la specialità: e propriamente la legge per la Maternità ed Infanzia e la legge riguardante le arti sanitarie sussidiarie.

L'O. inizia infine l'argomento della sua lezione su « Le malattie ossee della crescenza », tratteggia i caratteri clinici e radiologici di esse e fa rilevare come, nel periodo preradiologico, esse erano confuse con le malattie ossee ed osteo-articolari di natura tubercolare. Il riconoscere le cause patogenetiche di queste malattie è oltremodo difficile allo stato attuale delle ricerche ed appare del tutto impossibile se esse non vengono aggruppate a seconda delle loro maggiori affini-

tà. L'O. quindi le riunisce in 4 gruppi e di ciascuno studia la patogenesi:

I gruppo: Coxa plana; sindrome metatarsea di Koehler (Koehler 2°); osteocondrite del condilo omerale (Pauner); distrofia della testa del V metacarpo (Piccinino G.); —

II gruppo: Apofisite tibiale (Osgood-Schlatter); apofisite calcaneare (Sever); epicondilite omerale (Carp); grantrocanterite e piccolotrocanterite (Vuillet);

III gruppo: Scafoidite tarsica (Koehler I); sindrome navicolare del carpo (Kienböck);

IV gruppo: Malattie di crescenza della colonna vertebrale; osteocondrite (Calvé); cifosi vertebrale giovanile (Scheuermann).

L'O., giungendo al fine del suo dire, riafferma l'indirizzo della Scuola alla quale appartiene che è pratico con base scientifico-sperimentale, ed invita i giovani al lavoro in disciplina.

G. BOSSA.

Da Padova.

Notizie dell'Università.

Sono iniziate le lezioni per i corsi di perfezionamento in varie materie della Facoltà Medica, e cioè: chirurgia, dermosifilopatica, ostetricia e ginecologia, oculistica, igiene pubblica, igiene scolastica.

Tali corsi si tengono presso le rispettive Cliniche od Istituti sotto la direzione dei professori titolari Fasiani, Frugoni, Truffi, Bertino, Locascio, Casagrandi. Nella Clinica chirurgica viene svolto anche il corso d'urologia, e nella Clinica medica quello sulle malattie dell'apparato respiratorio. Inoltre il 10 marzo avrà principio presso l'Istituto di Farmacologia, diretto dal prof. Simon, un corso sulle specialità medicinali.

A tali insegnamenti partecipano anche i professori di altre cattedre, Dante Bertelli, Ignazio Salvioli, Ducceschi, Cagnetto, Pellegrini, Terni, Belmondo e Torraca nonchè gli incaricati speciali Arslan, Brunetti, Clauser, Delitala, Fiorani, Fraziani, Gusso, Oselladora, Pancrazio, Perona, Scimone, Vespignani, Randi, Galbusera, Balbi, Cucchia, Velo e Seppilli.

P. L. F.

NOTIZIE DIVERSE.

13° Congresso internazionale di idrologia, climatologia e geologia medica.

Avrà luogo, per invito del Governo Portoghese, a Lisbona, il 15 ottobre 1930. Il Congresso d'iniziativa francese, si è tenuto la prima volta a Biarritz nel 1886 e d'allora ogni tre anni alternativamente si tiene in Francia e all'estero.

Il Comitato di organizzazione Portoghese ha eletto a suo presidente il prof. Egaz Moniz ed a segretario generale il prof. Raposo De Magalhaes.

L'ufficio permanente del Congresso, comprendente notabilità scientifiche di ogni contrada, ha il compito di stabilire i lavori e l'ordine dei Congressi. Risiede a Parigi ed ha come présidente il dott. Durand Fardel e come segretario generale il dott. Flurin.

La « International Society of Medical Hydrology » di Londra, presieduta quest'anno dal barone prof. Koranyi, che succede a lord Dawson of Penn, conservando il dott. Fortescue Fox la funzione di direttore centrale, è stata egualmente invitata dal Governo Portoghese a tenere a Lisbona la sua seduta annuale ed a partecipare ai lavori del Congresso.

Per ogni schiarimento rivolgersi al prof. R. De Magalhaes, rua de Buenos Ayres 3, Lisbona, ovvero al dott. Flurin, avenue Mac Mahon 19, Parigi.

Il rappresentante per l'Italia dell'International Society of Medical Hydrology, prof. A. Vinaj, via Boccaccio 32, Milano, comunicherà ulteriori notizie sul Congresso.

6° Congresso internazionale medico d'infortunistica e patologia professionale.

Avrà luogo a Ginevra nell'agosto del 1931. Temi: 1° « I risultati remoti e l'evoluzione delle lesioni traumatiche del rachide »; 2° « I traumatismi dei vasi sanguigni; arterite e tromboflebite »; 3° « Le infezioni cutanee in rapporto agli infortuni sul lavoro »; 4° « Stato anteriore nelle sequele degli infortuni sul lavoro ». Per informazioni rivolgersi al segretario generale Dr. Yersin, rue du Rhône 1, Genève, Svizzera.

4° Congresso internazionale di Urologia.

È convocato a Madrid per il prossimo aprile. Temi: « Idronefrosi », « Infezioni colibacillari », « Antisettici urinari ». Segretario generale: Salvator Parsenal, Genova 11, Madrid, Spagna.

Lega italiana per la lotta contro il cancro.

Per iniziativa della Sezione Romana della Lega per la lotta contro il cancro è stato tenuto al Policlinico Umberto I un corso di conferenze sul cancro per i medici condotti della Provincia, venuti in Roma per il corso accelerato sulla tubercolosi.

Le conferenze sono state fatte dai professori: Alessandri (Tumori dell'esofago, stomaco e retto); Brancati (Tumori della mammella e del cavo orale); Bilancioni (Tumori della tonsilla e del laringe); Busi (Iconografia dei tumori); Perez (Criteri diagnostici in rapporto alla biologia e ai vari tipi anatomici di tumori maligni); Dionisi (Morfologia generale dei tumori maligni); Pestalozza (Sul cancro dell'utero).

Sono state inoltre proiettate varie films cinematografiche di cui una illustrata dal prof. Gallenga e due riguardanti atti operativi per il cancro dello stomaco illustrate dal prof. Alessandri.

Il breve corso è riuscito interessante per il numero rilevante dei medici condotti che vi hanno preso parte e sarà certamente proficuo nello scopo della lotta che si va sempre più intensificando.

Alla fine del corso è stato rilasciato ai singoli medici un attestato di frequenza.

Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Si è riunito in seduta plenaria, sotto la presidenza del sen. Marconi e con l'intervento del Ministro della Educazione Nazionale on. Balbino Giuliano. Oltre al Direttorio, assistevano alla seduta tutti i presidenti ed i segretari generali dei dodici Comitati, tra cui, com'è noto, sono quello di Medicina e quello di Biologia. Il sen. Marconi espose il lavoro svolto nel corso di un anno; prospettò i maggiori problemi da risolvere, tra cui la documentazione, attraverso un Centro d'informazioni; rilevò la necessità di mezzi adeguati. Rispose il Ministro, esprimendo il proprio consenso.

Consiglio direttivo della C. R. I.

Nella sede del Comitato centrale della C. R. I. si è riunito il Consiglio direttivo dell'Associazione.

All'apertura della seduta il presidente sen. Cremonesi, commemorando l'on. Bianchi, con elevate parole ne ha ricordato la nobile figura che per molto tempo onorò la C. R. I. della sua autorevole collaborazione nel Consiglio direttivo del Comitato centrale, e che, anche dopo la sua uscita da tale consesso, dette in ogni occasione prova della sua benevolenza all'Associazione, confortandola del suo efficace appoggio.

Il sen. Cremonesi comunica quindi che nello stesso giorno della morte dell'on. Bianchi ebbe l'idea di perpetuarne la memoria con l'intitolare al di Lui nome un padiglione di nuova costruzione nel Sanatorio « Cesare Battisti » e tale idea ebbe subito l'approvazione del capo del Governo.

Il Consiglio direttivo, commosso, si è associato alle parole del presidente, accogliendo all'unanimità l'iniziativa di intitolare al nome di « Michele Bianchi » il padiglione di nuova costruzione al Sanatorio « Cesare Battisti ».

E' stato commemorato il generale Guido Bassi che fu presidente del Comitato della C. R. I. di Milano.

La Croce Rossa per la lotta antimalarica.

L'Opera Nazionale Combattenti comunica che, allo scopo di intensificare la campagna antimalarica nei comprensori dell'Opera in via di bonifica e di trasformazione, e di renderla più efficiente e sicura, migliorando nel tempo stesso il servizio di assistenza medico-chirurgica alla popolazione del posto, è stata conclusa, tra il Ministero dell'Interno, rappresentato dal gr. uff. Bruno Fornaciari, direttore generale della Sanità Pubblica, l'Opera Nazionale per i Combattenti, rappresentata dal commissario del Governo on. conte dott. Valentino Orsolini Cencelli e la Croce Rossa Italiana, rappresentata dal suo presidente generale sen. Filippo Cremonesi, una convenzione che riordina questo importante servizio, sotto l'alta vigilanza della Direzione Generale della Sanità Pubblica.

A norma di tale convenzione il servizio di assistenza medico-chirurgica e di profilassi e cura antimalarica alla popolazione dei comprensori di bonifica dell'Opera è disimpegnato da medici fissi, od incaricati dalla Croce Rossa, coadiuvati da infermieri e dal personale che l'Opera mette a disposizione per i lavori di piccola bonifica, di rilevamenti di focolai malarigeni, ecc.

L'assistenza è gratuita, sia in ambulatorio che a domicilio, ed è estesa, oltre che alla popolazione residente sul posto, ai lavoratori fluttuanti.

Per il campionamento del materiale sanitario.

Il Comitato Internazionale della Società della Croce Rossa, aderendo ad una proposta della Commissione Tecnica Internazionale per la standardizzazione del Materiale Sanitario, ha indetto un concorso internazionale che ha lo scopo di addivenire a questa standardizzazione e di stimolare gl'inventori e i costruttori al perfezionamento del materiale.

Il concorso si chiude col 1° giugno; ogni oggetto sottoposto allo studio dev'essere inviato in quantità non inferiore a 50 esemplari.

Possono partecipare al concorso i Servizi di Sanità Militare e della Croce Rossa dei vari Paesi, gl'industriali e i privati. Il materiale va inoltrato all'Istituto Internazionale di Studi del Materiale Sanitario, rue de l'École, Ginevra, Svizzera. Per i programmi rivolgersi alla Direzione Generale di Sanità Militare, Ministero della Guerra; oppure al Comitato Centrale della Croce Rossa, via Toscana 10, Roma.

Il problema dell'oppio alla Società delle Nazioni.

La questione dell'oppio continua ad essere discussa dalla competente Commissione. Il delegato giapponese ha dichiarato che il suo Governo è pronto ad accettare la cooperazione di quello cinese per impedire la importazione clandestina dell'oppio dal territorio cinese a quello delle concessioni nipponiche in Manciuria. Tale proposta era stata fatta dal delegato cinese Wu Kei Seng. Con la sua accettazione da parte del Governo di Tokio, il traffico dell'oppio nell'Estremo Oriente, si spera, riceverà un fiero colpo.

Corso di puericultura a Roma.

Il 15 corr. nei locali del Preventorio antitubercolare « Emilio Maraini » il prof. Francesco Valagussa ha tenuto la prima lezione del corso di puericultura organizzato dall'Opera Nazionale per la protezione della maternità e della infanzia allo scopo di preparare dei giovani medici adatti alla funzione di sanitari delle Cattedre di puericultura pre-natale e post-natale, delle quali funzionano già 1500 Consultori istituiti nel Mezzogiorno e nelle Isole.

Assistevano numerosissimi gli iscritti al corso. Erano presenti pure molti professori della Facoltà Medica di Roma.

Gli allievi sono stati divisi in varie sezioni dato il loro numero.

Insegnano i seguenti proff.: Micheli, « Eugenetica »; Sympa e Pollitzer, « Alimentazione infantile »; Ilvento, « Igiene scolastica », Maggiora e Pontano, « Malattie infettive »; D'Ormea, « Assistenza profilattica »; Crainz, « Ortopedia »; Serena, « Terapia fisica e ginnastica medica »; C. De Sanctis, « Neuropsichiatria »; Aprile Lo Monaco, « Legislazione sociale ».

Consorzio Provinciale Antitubercolare di Vercelli.

Si è riunito sotto la presidenza del comm. Vittorio Sesia, Preside della provincia, con l'intervento dei Commissari dei tre Dispensari di Zona per Vercelli, Biella e Varallo Sesia. Venne approvato il bilancio preventivo per il 1930 ed eletta la Giunta Esecutiva per il triennio 1930-32.

Si è deliberato di organizzare una giornata lavorativa, il cui provento andrà a favore della lotta antitubercolare; le modalità verranno studiate da una commissione composta dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali dell'agricoltura e dell'industria.

Dalle relazioni dei rappresentanti di tre Dispensari Antitubercolari della Provincia, risulta che i nuovi ammalati di tubercolosi, nel decorso anno, furono 209 nella zona di Vercelli, 300 nella zona di Biella, 128 nella zona di Varallo. Il costo complessivo della gestione 1929 a carico del Consorzio, fu di L. 141.287,90 a Vercelli, L. 149.317,30 a Biella e L. 30.000 a Varallo.

La somma complessiva delle rette di ricovero

di tubercolotici pagate direttamente dal Consorzio, per tutta la Provincia, nel 1929, fu di lire 666.916,90.

Istituto oncologico a Vienna.

Il filantropo americano sig. Childs ha donato 100.000 dollari, pari a circa 2 milioni di lire it., al dott. Edelmann di Vienna, affinchè fondasse un Istituto oncologico. La somma era modesta, ma l'Edelmann l'ha fatta bastare per un Istituto capace di 50-60 letti, il quale è in rapporto con una Casa di salute privata, nonchè con l'Istituto sieroterapico statale e con l'Istituto chimico-farmaceutico dell'Università; egli ha potuto provvedersi d'installazioni, apparecchi e strumentari moderni; si è circondato di alcuni lavoratori appassionati.

Interessa notare che in primo tempo l'intrapresa è stata fortemente osteggiata dall'elemento medico locale.

Nuovi ospedali a Madrid.

Il Comitato provinciale sanitario di Madrid ha votato un credito di 22 milioni di pesetas, pari a 80 milioni di lire it., per un Ospedale psichiatrico; ed uno di 12 milioni di pesetas, pari a oltre 40 milioni di lire it., per un Pedocomio. È in costruzione una grandiosa Maternità.

Queste iniziative, integrate e sostenute da generose elargizioni, tendono a mettere la Spagna ad uno dei primi posti nel campo dell'assistenza sanitaria.

Il nuovo Istituto psichiatrico di New York.

Il 3 dicembre venne inaugurato a New York, con cerimonia scientifica significativa, il nuovo Istituto psichiatrico con annesso Ospedale; fa parte del Centro Medico al Broadway. Consiste di un edifizio di 11 piani il quale è costato circa 40 milioni di lire it. Il personale addettovi comprende, oltre il direttore dott. George Kirby, cinque psichiatri, vari medici addetti alle Sezioni di medicina interna, batteriologia, chimica, psicologia, terapia lavorativa, ecc.; 79 infermiere e inservienti. Alla cerimonia inaugurale erano rappresentate molte istituzioni di ogni parte del mondo (non sappiamo perchè, mancava l'Italia) e furono tenute brevi conferenze da psichiatri reputati: H. Bleuler di Zurigo parlò dell'ereditarietà dei caratteri acquisiti; H. Claude di Parigi trattò delle allucinazioni *sine materia;* D. K. Henderson di Glascow si occupò della psichiatria in rapporto alla criminalogia; E. A. Strecker, del Collegio Medico Jafferson, tratteggiò il tema degli « imponderabili » in psichiatria; ecc.

Nel Sanatorio di Olive View.

Il Sanatorio per tubercolotici di Olive View, nella contea di Los Angeles in California, è uno dei più grandiosi conosciuti: risulta di 150 edifizi e vi sono addette circa 500 persone tra medici, ausiliari, infermiere, personale di servizio; il Dipartimento dell'Educazione vi mantiene due scuole elementari al completo. Il Sanatorio è diretto dal dott. William H. Bucher.

Ultimamente nel Sanatorio è stato inaugurato un ospedale chirurgico per i casi acuti, onde evitare che i pazienti fossero trasportati fuori del Sanatorio. È costato circa 6 milioni di lire it.

Per l'Università della Pennsylvania.

Gli amministratori dell'Università di Filadelfia (Pennsylvania), in numero di 40, si sono sottoscritti per l'importo di 1.750.000 dol., pari ad oltre 30 milioni di lire it., allo scopo di liberare l'Università stessa dai molti debiti contratti e di costituire un fondo per migliorarne il funzionamento.

Di quella somma, 750.000 dol. sono destinati ad elevare i compensi del corpo insegnante.

La Facoltà medica della Pennsylvania è la seconda degli Stati Uniti per numero d'insegnanti; è la terza per numero di allievi; ma occupava solo il sedicesimo posto per il bilancio.

All'Università di Berlino.

Alla cattedra di medicina legale dell'Università di Berlino, in seguito al ritiro del prof. Fritz Strassmann per limiti d'età, venne invitato il prof. Zangge di Zurigo, il quale però ha declinato l'offerta. Ulteriori trattative col prof. Müller-Hess di Bonn sono pure fallite. In questa circostanza il Governo prussiano ha pregato il prof. Strassmann di riprendere l'insegnamento fino a che la crisi non sia risolta.

Nella stampa sanitaria.

La direzione del « Pensiero Medico » è stata affidata al prof. Ferruccio Marcora, il quale, nel porgere un saluto ai lettori e collaboratori, ha tracciato un breve programma. La medicina viene intesa nel senso più lato; pertanto il periodico ospiterà e rispecchierà le ricerche scientifiche e le osservazioni pratiche nei vari campi della medicina, compresa l'igiene; promuoverà anche le rivendicazioni professionali.

Al nuovo direttore, di cui conosciamo l'ingegno, la cultura ed il carattere, auspichiamo la piena realizzazione del programma.

I « Folia Clinica Chimica et Microscopica », sorti nel 1908, sospesi durante il periodo bellico, avevano ripreso le pubblicazioni nel 1926. Stavano ora riordinando la redazione, quando venne annunziato il nuovo periodico « Diagnostica e Tecnica di Laboratorio », con lo stesso programma: diffondere le conoscenze relative alla diagnostica di laboratorio.

La direzione dei « Folia » ha considerato che nel nostro Paese esistono troppi periodici di medicina aventi programmi similari, mentre per la vita dei periodici e per la diffusione della nostra cultura all'estero sarebbe desiderabile che acquistassero più robusta vitalità, riunendo le iniziative e le attività singole. Pertanto i « Folia » hanno súbito proposto al nuovo periodico di fondere le due energie. La proposta è stata cordialmente accolta, in seguito a che i « Folia » cessano le pubblicazioni, invitando gli amici a concentrare le loro simpatie su « Diagnostica e Tecnica di Laboratorio », rivolgendosi alla redazione (piazza S. Domenico Maggiore 9, Napoli). Esso è diretto dai proff. L. D'Amato e L. Zoja. Augurî sentiti.

Hà iniziato le pubblicazioni la nuova rivista « Fisiologia e Medicina », fondata e diretta dal prof. Silvestro Baglioni, col programma di contribuire a ristabilire gl'intimi legami delle scienze mediche col tronco fondamentale della fisiologia. Augurî cordiali.

Il "Lancet,, cambia sede.

Il reputato periodico inglese è passato ad occupare un palazzo proprio recentemente ricostruito (Adam Street 7).

Il periodico venne fondato nel 1823 dal dott. Thomas Wakley; ebbe sede nella stessa casa del fondatore, a Norfolk Street, fino al 1847, quando egli potè acquistare un appartamento all'angolo della Bedford Street. Ivi la stamperia rimase fino al 1921, mentre gli uffici trovarono posto allo Strand 423. Ora uffici e stamperia si sono riuniti, nei nuovi locali, che vennero inaugurati dal proprietario del periodico, sig. Sprigge, e dalla sua signora, con una simpatica riunione.

Secondo viaggio di studi medici in Spagna.

La C. O. W. organizza il secondo viaggio, che avrà luogo durante le feste pasquali dal 13 al 23 aprile; verranno visitate le stazioni climatiche del sud della Spagna come pure le Esposizioni di Barcellona e Siviglia. La commissione organizzatrice spera di mettere a disposizione dei medici partecipanti la motonave « Infante Don Jaime » per tutto il viaggio, che comincierà a Barcellona; si faranno scali a Palma, Alicante, Malaga, Siviglia, dove si arriverà il venerdì Santo, per assistere alle celebri processioni; il ritorno avrà luogo per Valenza e Barcellona, dove avverrà la separazione. I prezzi sono da 1000 a 1600 franchi francesi, a seconda della cabina. Per le informazioni dirigersi al Doctor Mañeru, Ronda del Conde Duque 4, Madrid.

Un raro manoscritto medico.

La biblioteca del Parlamento nord-Americano si è arricchita di un manoscritto del 14° secolo, la « Chirurgia Magna » di Bruno di Longoburgo. Si è potuto averlo grazie all'interessamento del dott. Otto H. F. Vollbehr di Berlino, il quale ha fatto altri notevoli doni alla stessa biblioteca.

Bruno esercitava a Padova nel 1252 quando appose la parola « fine » alla sua opera, di cui il manoscritto attuale è una copia. Il lavoro venne compilato a richiesta di un suo amico, Andrea di Vicenza.

Risulta che Bruno, come altri suoi contemporanei, sperimentava con gli anestetici; che fu tra i primi a parlare di guarigione delle ferite « per prima » e « per seconda intenzione »; che fu il primo a riconoscere l'emorragia dai capillari.

Indurimento del cuore di Faraone.

In una conferenza, lord Moynihan ha proiettato magnifiche sezioni di un frammento di aorta di Faraone l'oppressore. Il patologo S. G. Shattock l'aveva trovato così ben conservato, che potè praticare queste sezioni e paragonarle con quelle di un uomo morto di recente: non si distinguevano affatto. Tutt'e due le aorte erano ateromatose; il che darebbe ragione alla Bibbia, che nell'*Esodo* dice: « E il cuore del Faraone fu indurito ».

Per disciplinare la vivisezione.

Ad iniziativa del Presidente della Società Romana per la protezione degli animali, conte R. Gallenga, si è tenuta in Roma un'adunanza di presidenti delle Società consorelle per discutere sul disciplinamento delle esperienze sugli animali.

Venne nominata una Commissione, che è stata ricevuta dall'on. Arpinati e dal gr. uff. Fornaciari, direttore generale della Sanità Pubblica, che hanno promesso di sostenere i voti della Commissione.

In memoria del prof. Lecène.

Il ministro francese del lavoro, dell'igiene e della previdenza sociale ha conferito la medaglia al merito epidemico, in oro, alla memoria del dott. Paul Lecène, professore di patologia chirurgica presso l'Università di Parigi, caduto vittima del dovere per una tifoide contratta nell'operare una colecistite tifica (v. fasc. 48, 1929).

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI, Red. resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVII — Roma, 3 Marzo 1930 — Num. 9

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

« NEUES SANATORIUM » IN DAVOS.

Contributo alla diagnosi di tubercolosi polmonare attiva.

Dott. J. GWERDER-PEDOJA e dott. L. KALMAR.

La velocità di sedimentazione degli elementi corpuscolati del sangue è divenuta un'importante prova diagnostica di laboratorio per il medico pratico. Il suo significato però non è specifico, ma essa indica solamente le modificazioni, che avvengono nell'ambito della viscosità del siero sanguigno, e neanche in questo campo essa è esatta, poichè un fattore importante, quale il numero degli eritrociti, influenza l'esito della reazione soltanto in senso negativo, ma non in senso proporzionale. Malgrado questi lati grossolani, la reazione ci è spesso di grande utilità nel campo diagnostico della tubercolosi ed ha spesso praticamente importanza decisiva nel giudicare dell'attività d'un processo.

La vasta diffusione della reazione è dovuta sopra tutto alla sua semplicità e facilità d'esecuzione. Come tale essa offre una rapida orientazione anche al medico pratico, che lavori nelle condizioni più modeste. Che tale reazione però non sia assolutamente sicura, risulta già dalla sua natura grossolana, quantunque sia sempre più delicata della curva termica. Malgrado una sedimentazione normale dobbiamo sempre sottoporre il paziente ad un esame accuratissimo, e in casi anamnesticamente sospetti, pur con reperto fisico negativo, sarà

opportuno fare un esame dello sputo e un controllo radiografico.

Il seguente caso dimostrerà come siano giustificate le restrizioni circa il valore della sedimentazione:

Au. B., di anni 36, di sesso maschile. Anamnesi famigliare negativa. Genitori viventi e sani, così pure 9 fratelli. Il paziente è primogenito. Di malattie infantili sofferse solo il morbillo senza complicazioni a 8 anni. Nel novembre 1916, sul fronte, ebbe brevidi, temperatura ascellare fino a 38°, e dopo colpi di tosse, espettorato ematico. Dopo alcuni giorni insorge diarrea che perdura 6 mesi. Le feci sono mucose, non sanguigne. Si fa diagnosi di dissenteria. Il medico di allora era del parere, che « ci fosse pure qualche cosa al polmone sinistro ».

Dopo 6 mesi subentra miglioramento progressivo e fino al 1923 il paziente non accusa alcun disturbo. Nel 1923 avverte rialzi termici della durata di 6 settimane e tosse, che persiste tutt'ora, nonchè grande abbattimento dopo il minimo sforzo. Da sei mesi è sposato. Da 9 settimane alvo diarroico, da otto settimane comparsa di sudori notturni, temperatura 37°,4 ascellare, espettorato aumentato, di colore verdastro. Viene a Davos per cura.

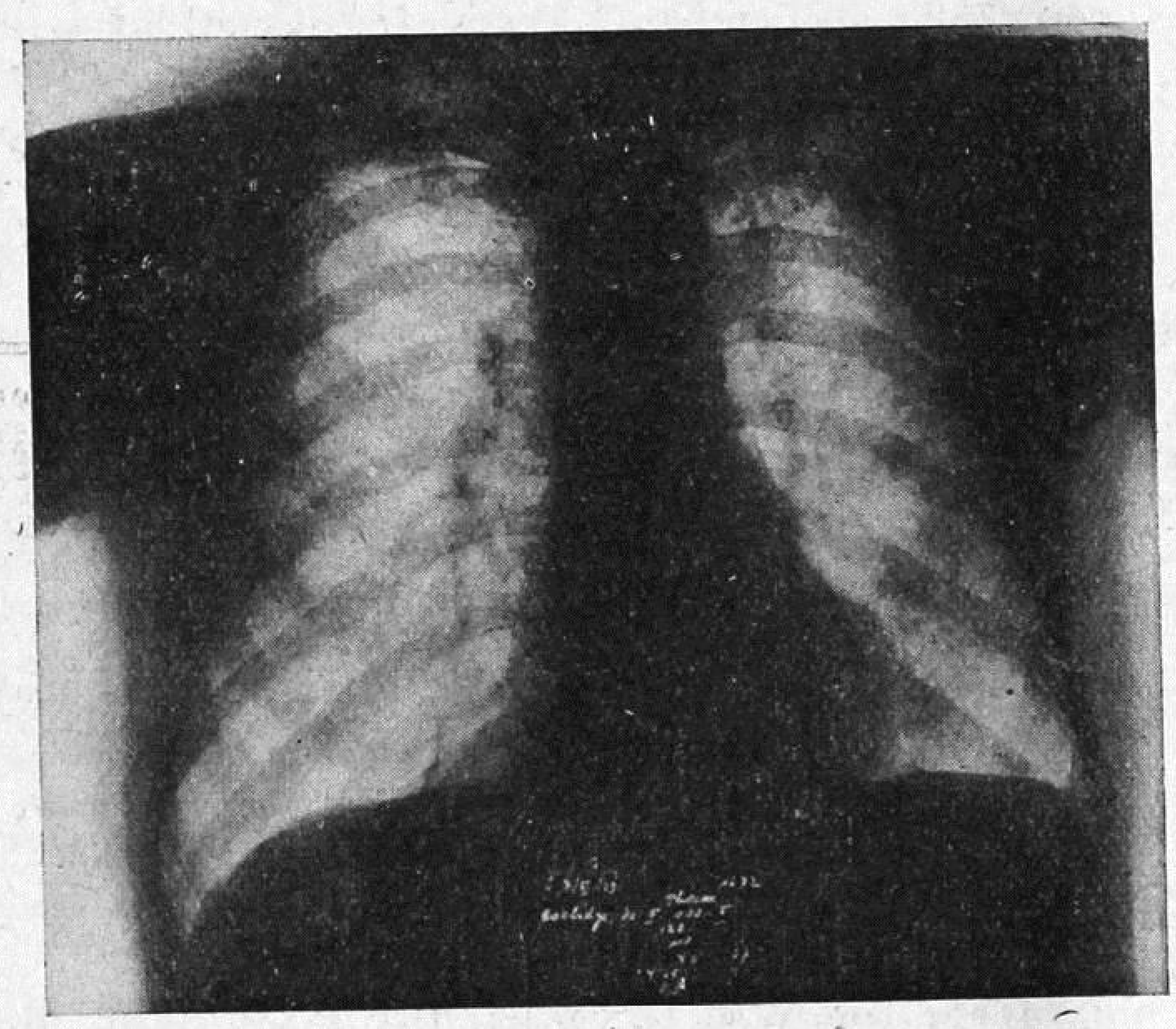


FIG. 1.

Esame obbiettivo: Uomo di media statura in buono stato di nutrizione. Temperatura rettale da 36,8 a 37,2. Reperto toracico: torace normale all'ispezione. Percussione: a sinistra anteriormente sopra la clavicola ipofonesi fino alla seconda costa.

A destra nella fossa sopraclaveare pure ipofonesi. A sinistra posteriormente nella fossa sovraspinata e fino a mezza scapola forte ipofonesi a destra, posteriormente leggera ipofonesi.

Aia cardiaca normale.

Ascoltazione: a sinistra nella fosse sopraclaveare respiro un po' smorzato, a tipo broncovescicolare, più in basso lungo la linea medioclaveare rantoli.

A sinistra posteriormente fino a mezza scapola respiro bronco-vescicolare un po' indebolito, ma senza rumori patologici. Nell'ascella sinistra rantoli.

A destra anteriormente sopra la clavicola e posteriormente sopra la scapola respiro indebolito. Broncofonia meno percettibile a sinistra posteriormente nella fossa sopraspinosa. Si palpa il polo inferiore della milza. La velocità di sedimentazione è di 4 mm. nella prima ora.

In base al reperto fisico e alla sedimentazione si avrebbe dovuto supporre trattarsi di una forma bilaterale, fibrosa ed inattiva con maggior estensione dal lato sinistro. Il reperto radiologico ci orientò invece in tutt'altro senso (vedi radiografia).

Reperto radiologico: opacamento del campo polmonare superiore sinistro fino alla 2ª costa, nella fossa sopraclaveare chiazze a contorni nettamente marcati, più in basso chiazze meno delimitate. Sotto alla clavicola ombreggiatura elissoidale, con rischiaramento triangolare nel centro, ombreggiatura i cui margini durante i colpi di tosse sono fluttuanti centripetalmente (caverna recente). Nell'ilo sinistro focolai opachi a margini nettissimi. Nel campo polmonare destro nella regione sopraclavicolare ombre a contorni nitidi. Ilo ingrandito. Diaframma mobile da ambo i lati.

Il reperto radiologico smentisce le supposizioni fatte in base alla sedimentazione. Discorde era pure l'esame dell'escreato: quantitativo giornaliero cmc. 10, a carattere mucoso-purulento. Le particelle purulente contenevano per campo microscopico 4-6 bacilli allungati e sottili acido-resistenti del tipo di Koch. Anche il quadro ematico parlava per un processo attivo.

Analisi quantitativa: Globuli rossi per cmc.: 5.900.000; emoglobina: 82 Sahli; indice ematico: 0,89; globuli bianchi per cmc.: 6200.

Analisi qualitativa: Leucociti polimorfi: 71 %; con nucleo non segmentato: 13 %; con nucleo segmentato: 58 %; leucociti eosinofili: 0,5 %; linfociti piccoli: 22 %; mononucleati grossi e forme di passaggio: 6,5 %.

Il quadro ematico ci diede in un certo qual modo spiegazione del rallentamento relativo della sedimentazione, la quale era determinata con tutta probabilità dall'eritrocitosi rigenerativa.

Casi simili, specie dopo aver iniziato un trattamento pneumotoracico, vedemmo ripetutamente. Anche in questi casi l'eritrocitosi rigenerativa deve aver avuto la sua influenza. Con ciò non si vuole escludere che anche altri fattori siano in grado di determinare un rallentamento della sedimentazione.

Ci è sembrato importante richiamare l'attenzione medica su queste circostanze, poichè vige oggigiorno l'usanza di valutare troppo schematicamente i valori della sedimentazione.

Davos, 1929.

RIASSUNTO.

Gli AA. dimostrano col caso clinico surriferito, come ai risultati della velocità di sedimentazione degli elementi corpuscolati del sangue, sia da assegnarsi un valore molto relativo. Anche con sedimentazione normale può sussistere un processo polmonare attivo.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino.
Sezione Medica
diretta dal primario prof. E. Gruner.

Difficoltà nella diagnosi radiologica e clinica delle affezioni delle ossa.

Un caso di osteo-periostite luetica diffusa dell'osso iliaco

per il dott. Luigi Trossarelli, assistente

Tolti quei pochi quadri più o meno patognomonici già noti, in molti casi anche oggi il radiologo deve accontentarsi di rilevare e descrivere segni o alterazioni che possono essere comuni a svariate malattie, senza azzardarsi a precisare la diagnosi di natura. Succede anzi generalmente che con l'aumentare della propria esperienza, e con la nozione degli errori commessi, il radiologo diventa sempre più prudente nel diagnosticare e si limita a prospettare le ipotesi più probabili. Così il danese Hansen si esprime in modo molto riservato sul valore del puro reperto radiologico nella diagnosi di osteite fibrosa e di affezioni neoplastiche delle ossa. Lo stesso Coleschi nel trattato di diagnostica radiologica ci dice come un processo di periostite gommosa complicata con fatti di carie e di necrosi può talvolta essere confondibile con altre affezioni; in tali casi, egli dice, la diagnosi differenziale con un sarcoma dell'osso può essere talora impossibile senza l'aiuto dell'anamnesi dei dati clinici e dell'ulteriore decorso.

In merito a queste affermazioni dei radiologi e in riferimento a un caso recentemente illustrato dal prof. Donati ritengo interessante pubblicare un caso riguardante un'affezione ossea di difficile interpretazione radiologica e clinica che ho avuto occasione di poter ben seguire e studiare nella sezione diretta dal mio primario prof. Gruner, al quale rivolgo un vivo ringraziamento e tutta la mia riconoscenza.

Il giorno 3 agosto 1929 si presentò al nostro ospedale, con un'accompagnatoria del sanitario del suo Comune, certo B. Francesco, di anni 37, da Cavallermaggiore, celibe, di professione muratore.

Costui due anni fa fu colpito quasi improvvisamente da dolori lungo tutta la coscia sinistra, dolori avvertiti come crampi che lo molestarono quasi continuamente sino ad oggi con oscillazione nell'intensità e durata. Malgrado questo disturbo, l'ammalato continuò le sue usuali occupazioni di muratore; fu costretto però lo scorso anno a interrompere ogni lavoro perchè i dolori si erano fatti più intensi e la gamba sinistra non permetteva più la prolungata stazione eretta. Tenne il letto per circa un mese e nel frattempo fece dei massaggi all'arto con unguenti di salicilato e iodio. Questa cura gli avrebbe procurato giovamento tanto che dopo alcune settimane potè riprendere il lavoro.

Da due mesi però l'ammalato ha dovuto nuovamente sospendere la sua professione non tanto per i dolori che sempre più o meno si fanno sentire, quanto piuttosto perchè l'arto inferiore sinistro non lo regge; anzi quando si muove è costretto a trascinarlo dietro, e quando per es. deve andare a letto è costretto a sollevarsi la gamba con le mani.

Anamnesi familiare: nulla di particolare.

Anamnesi personale remota; nato a termine da parto eutocico ebbe allattamento materno; regolare l'epoca della dentizione e della deambulazione; non ricorda di aver superato le comuni malattie esantematiche dell'infanzia. Frequentò le scuole elementari con un certo profitto. A 11 anni cominciò a imparare quale garzone il mestiere del muratore. Alla leva militare fu riformato per deficienza toracica. Nel 1917 contrasse un'infezione venerea, due ulceri sul glande che furono trattate come ulceri molli (?) e ne guarì, dopo circa un mese, con applicazioni di polveri disinfettanti. Nel 1925 cadde da un'impalcatura di una casa dall'altezza di 9 metri: nella caduta riportò contusioni multiple alla spalla sinistra e alla regione parietale sinistra che guarirono in una ventina di giorni circa. Modico bevitore e fumatore.

Esame obbiettivo: l'ammalato non si regge in piedi, nè può camminare senza l'appoggio di un sostegno; di costituzione scheletrica regolare, di condizioni generali piuttosto deperite, cute e mucose visibili pallide, sensorio libero, psiche integra, decubito indifferente. Capo mobile in tutti i sensi, pupille miotiche uguali, reagenti scarsamente alla luce, bene all'accomodazione, globi oculari sinergici nei loro movimenti, lingua sporta diritta leggermente patinosa al centro e tremula; dentatura in parte mancante. Nulla di particolare in faringe. Collo cilindrico, non pulsazioni anormali, micropoliadenia.

Torace: paralitico, fosse sopra e sotto claveari e spazi intercostali ben evidenti, angolo epigastrico acuto, respiro simmetrico, basi polmonari libere, alla percussione suono chiaro su tutto l'ambito polmonare, fremito vocale tattile normale. All'ascoltazione respiro vescicolare.

Cuore: Area cardiaca in limiti, itto della punta visibile palpabile un centimetro e mezzo in dentro dell'emi-claveare. All'ascoltazione toni puri su tutti i focolai.

Addome: pianeggiante, trattabile, indolente alla palpazione superficiale e profonda. Milza e fegato in limiti.

Arto inferiore di sinistra: L'arto inferiore di sinistra è ipotrofico rispetto a quello di destra (terzo medio coscia circonferenza 3 cm. in meno), le masse muscolari sono ipotoniche, i movimenti dell'articolazione coxo-femorale sono completamente aboliti; nei movimenti attivi e passivi della coscia si muove pure sempre il bacino; se teniamo fisso quest'ultimo non possiamo far eseguire alla coscia alcun movimento, e, se cerchiamo di fargli fare dei movimenti, determiniamo solamente notevole dolenzia in corrispondenza del punto di mezzo della regione inguinale; detto dolore si determina pure con la percussione violenta sulla pianta del piede. La temperatura dell'arto S. è leggermente inferiore di quella di destra, e notansi pure disturbi di trofismo caratterizzati da lieve desquamazione dell'epidermide al terzo me-

dio della gamba; nulla a carico delle unghie. Sensibilità tattile, termica, dolorifica leggermente diminuita. I riflessi rotuleo, achilleo, di Oppenheim e plantari sono meno vivaci che a destra.

Micropoliadenia epitrocleare e inguinale; presente riflesso corneale faringeo, addominale e cremasterico.

L'ammalato presenta qualche piccolo nodo emorroidario.

Temperatura 36,9 al mattino; 37,7 alla sera; polso 84 m., respiro 18 m.

Esame radiografico della regione sacro-lombare e dell'articolazione coxo-femorale sinistra: si riscontra appiattimento della 5ª vertebra lombare con affondamento fra le ali sacrali; il corpo vertebrale appare schiacciato. Nell'ambito sacrale e iliaco di sinistra, si osserva un processo di osteoporosi diffusa, caratterizzata da zone sparse di rarefazione ossea accompagnate da un processo produttivo caratterizzato da proliferazioni periostali diffuse, prevalentemente evidenti nel tratto sovrastante al tetto acetabolare ove questo pro-

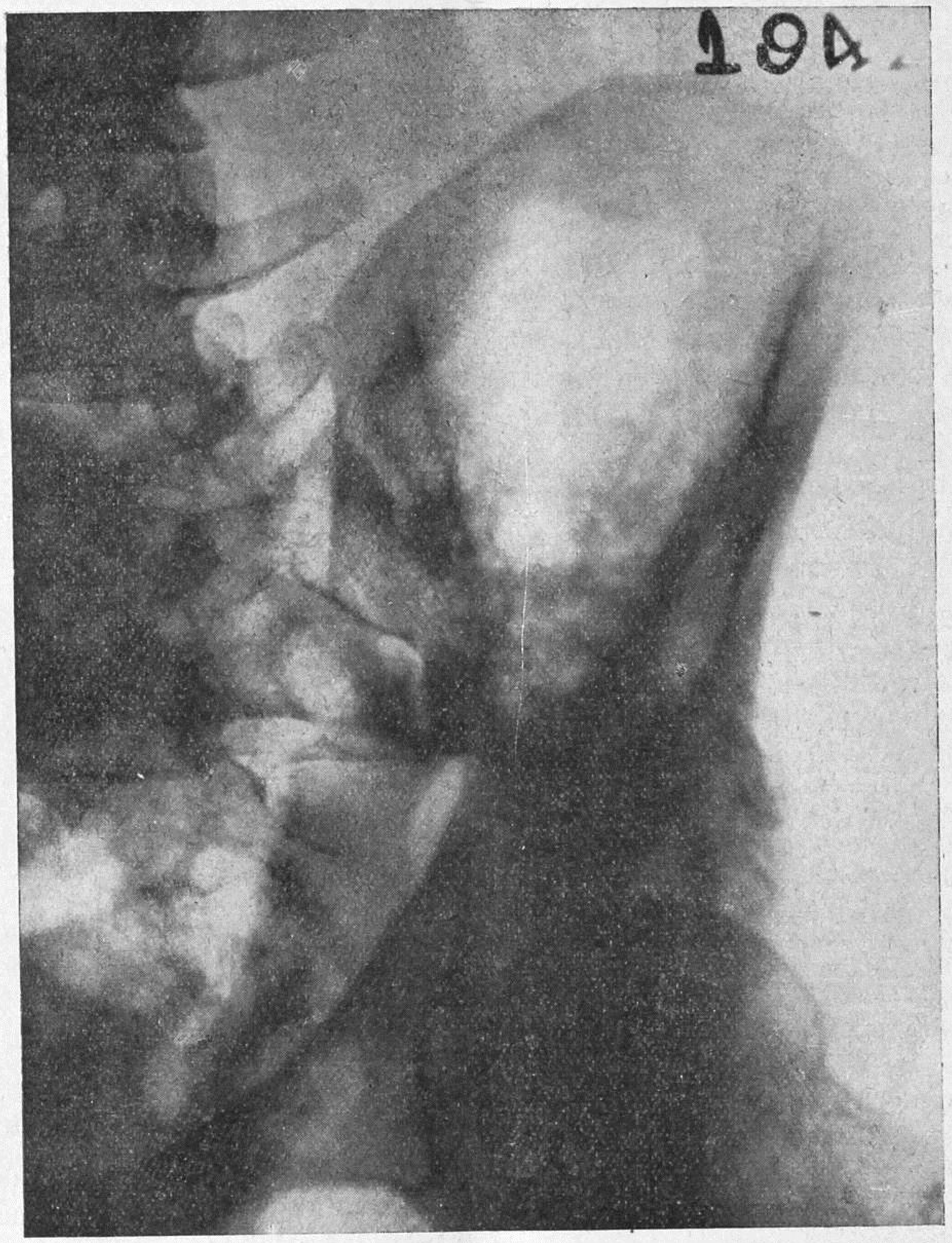


FIG. 1.

Esame urine: colore giallo paglierino, densità 1028, reazione acida, albumina assente, zucchero assente.

Cutireazione alla tubercolina: positiva (++).

Pressione arteriosa omerale (sfigmomanometro di Riva-Rocci) massima 120 mm. Hg.; minima 93 mm. Hg.

Reazione di Wassermann sul siero di sangue positiva (++++).

Esame elettrico arto inferiore di sinistra: non presenta alterazioni dell'eccitabilità elettrica dei nervi e dei muscoli, salvo una leggera ipoeccitabilità.

Esame emocromocitometrico: B. R. 3.460.000, G. B. 3.760, Emoblobina 60, Valore globulare 0,8, Formula leucocitaria: neutrofili 70, eosinofili 1, linfociti 24, monocitici 5.

cesso osteitico assume un aspetto di tipica condensazione.

D. R. osteoperiostite cronica diffusa dell'osso iliaco di sinistra (fig. 1).

Peso netto Kg. 47.

Conosciuto l'esito della reazione Wassermann abbiamo iniziato la cura antiluetica, prima con qualche iniezione di biioduro e poi con iniezioni di neosalvarsan che ripetevamo tutte le settimane in dosi sempre crescenti. Le iniezioni di Neosalvarsan sono sempre state sopportate bene dall'ammalato; solo le ultime due (dose cgr. 75 e 90) gli hanno causato un po' di cefalea.

Mentre nei primi giorni di degenza l'a. continuava a lamentarsi di dolori lancinanti all'arto di sinistra, dopo le due prime iniezioni endovenose detti dolori si attutirono tanto che, dopo la

quarta iniezione non li ha più avvertiti, così pure dopo la terza iniezione l'a. ha incominciato ad alzarsi dal letto e a camminare con l'aiuto del bastone. Dopo la quinta l'a. ha lasciato il bastone ed ha camminato senza appoggio alcuno, però con un certo impaccio nei movimenti. Dopo la sesta e settima iniezione i movimenti si sono fatti sempre più liberi, tanto che, egli stesso chiede di essere dimesso dall'ospedale perchè in grado di poter riprendere il suo mestiere di muratore.

Prima di uscire gli viene praticata un'altra radiografia, la quale ha dimostrato il processo di osteoperiostite molto ridotto, permanendo ancora evidente il processo di osteoperiostite a carico del tratto superiore dell'acetabolo. L'a. esce dall'Ospedale il giorno 26 settembre 1929; egli cammina speditamente senza appoggio alcuno, i movimenti passivi ed attivi dell'arto sinistro sono normali, e non dolorosi; durante la sua degenza in ospedale è aumentato di circa 6 Kg.

Non si deve nascondere come fosse facile l'interpretazione erronea dell'indole morbosa, potendo essere ammessa senza un'osservazione prolungata e dettagliata, specialmente la natura tubercolare, tanto più, che l'individuo aveva un aspetto piuttosto emaciato, che nei due mesi che fu costretto a tenere il letto a casa, era diminuito di circa 5 kg. e poi anche perchè nei primi 10 giorni che stette ricoverato in ospedale notammo sempre piccoli rialzi termici vespertini; ciò che più ci aiutò ad escludere la natura tubercolare fu il radiogramma.

Una volta esclusa la natura tubercolare non ci rimanevano che tre diagnosi in discussione: nevrite (esclusa subito dopo l'esame elettrico), neoplasia, osteoperiostite luetica.

L'unico dato che ci diede a sospettare che ci trovassimo di fronte ad una lesione luetica fu la positività della reazione di Wassermann, non certamente la radiografia che ci lasciò più che mai dubbiosi sulla natura del processo, ma la certezza della diagnosi l'acquistammo solo dopo di avere constatato l'esito ottenuto con la cura antiluetica.

Da questo caso clinico risulta evidente come la diagnosi di un processo localizzato alle ossa possa talora mettere in serio imbarazzo oltrechè il clinico, anche il radiologo.

È evidente l'opportunità di rendere noti simili casi, nei quali, talora, come nel caso sopra descritto, si è arrivati alla diagnosi di certezza soltanto in dipendenza dell'esito della cura.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce su un caso di osteoperiostite luetica diffusa dell'osso iliaco e sulla difficoltà incontrata per la diagnosi; la quale diagnosi di certezza è stata fatta soltanto in dipendenza dell'esito ottenuto con la cura antiluetica.

Torino, 6 novembre 1929-VIII.

BIBLIOGRAFIA

Alberti. *Il quadro radiologico dei tumori maligni delle ossa.* Radiol. Medica, VIII, 1921.

Calamida. *Tumori delle ossa.* Arch. d'Ortopedia, 1911.

Donati. *Errori possibili nelle diagnosi dei tumori delle ossa.* Riunioni medico-chirurgiche-radiologiche dimostrative del Piemonte, 7 aprile 1929.

Coleschi. *Sifilide ossea. Trattato di diagnostica radiologica.* Vol. I, 1928.

Forgue. *Lesioni sifilitiche delle ossa.* Compendio di patologia chirurgica, vol. I.

Haenisch. *Zur roentgenologischen differential diagnose «cystischer» Knochen-Tumoren.* Fortschr. auf d. Geb. der Roentgenstr., XXX, 1923.

Hansen. *Roentgendiagnosis in osteitis fibrosa and tumors of the bone system.* Acta radiol., IV, 1925, n. 3.

Satta. *L'osteite fibrosa circoscritta e i suoi rapporti con i sarcomi delle ossa.* Arch. d'Ortop., Vol. 38°, n. 1, 1922.

Rumpel. *Ueber Geschwulste und entzundliche Erkrankungen der Knochen im Roentgen bild.* Forschr. a. d. Geb. d. Roentgenstr. Erganzungsband, 16, 1908.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

I segni delle malattie interne e nervose sul volto.

(O. Weltmann. *Medizinische Klinik*, 1929, n. 30-31).

I segni delle malattie interne e nervose sul volto riguardano il colore e le condizioni della pelle e delle mucose, lo stato dei muscoli della mimica e della masticazione, le condizioni della lingua e delle labbra.

Colore del volto.

Pallore. Vi sono individui che sono permanentemente pallidi, quantunque il reperto ematologico sia normale. Questo pallore dipende da una ristrettezza congenita dei vasi. Il colore rosso della lingua contrasta notevolmente con la tinta pallida del viso. Il polso radiale è piccolo, la pedidia non è palpabile. Questo stato ipoplastico dei vasi periferici si combina spesso con piccolezza dell'aorta e stato timo-linfatico. Ma può dipendere anche da anormalità dell'innervazione. Vi sono individui con reazioni vasomotorie vivaci, nei quali per influenze psichiche varie, i vasi periferici sono in uno stato di costrizione permanente con il conseguente pallore cutaneo. Questa specie di pallore si riscontra spesso negli ipertesi con o senza lesioni renali.

Il pallore del volto, quando è temporaneo, può dipendere da un'abnorme distribuzione del sangue. Così le congestioni splancniche, comunque determinate, si accompagnano a pallore del viso.

Il pallore può essere determinato da disturbi cardio-vascolari, come nel collasso e nell'iposistolia del ventricolo sinistro. Il pallore circolatorio è permanente in alcuni vizi cardiaci, come nella stenosi mitralica, nell'insufficienza e nella stenosi aortica per meccanismi vari. Ma mentre nella stenosi mitralica si ha quasi sempre anche una tinta cianotica, nei vizi aortici il pallore è caratteristicamente puro.

Nelle anemie il pallore della cute dipende da diminuzione dell'emoglobina con numero di corpuscoli rossi normale, o da una diminuzione numerica di questi ultimi.

Nell'anemia acuta da emorragia il pallore è più terreo, mentre nella stessa anemia cronica è più giallastro. Il pallore della clorosi non è fisso, il volto può essere anche di tanto in tanto lievemente arrossato, mentre le sclerotiche hanno riflessi azzurrastri. L'anemia perniciosa si distingue per il tono giallo-paglierino del pallore e per la tinta subitterica delle sclerotiche. Il pallore delle anemie aplastiche, nelle quali manca ogni tono itterico, si ha una tinta giallastra caratteristica che tende più verso quella del limone. Le anemie secondarie, come quelle che si verificano nell'endocardite cronica, dànno un pallore con tendenza al colore del caffè e latte.

Rossore. È noto come il rossore si verifichi facilmente in individui a sistema vasomotorio eccitabile. Si riscontra in soggetti delicati e timidi sotto l'azione della vergogna, dell'imbarazzo, della gioia, ed in soggetti robusti nella collera e nella forte eccitazione. Può aversi per caldo ed anche per reazione secondariamente alla contrazione dei vasi prodotta dal freddo. Come esponente di un sistema vasomotorio eretistico si riscontra nel climaterio, nella neurastenia, nell'ipertiroidismo, nell'insufficienza aortica e nella febbre. Caratteristico è il rossore delle gote dei tubercolotici (rossore etico). Nell'ipertonia vasale si può avere rossore e pallore. Il rossore degli alcoolisti dipende sia da paralisi vasale, sia da ectasia delle piccole vene cutanee. Tra le intossicazioni è da ricordare sopratutto quella da atropina che dà una congestione del volto. Nei vizi cardiaci, più che rossore, si ha cianosi. Il rossore turchino della poliglobulia dipende da riempimento di vasi al massimo, vera pletora, combinato con uno straordinario aumento delle emazie e conseguentemente dell'emoglobina. Caratteristico della poliglobulia è il colorito viola del volto *in toto*, il tono violaceo delle congiuntive e la colorazione rosso-scura del palato.

Cianosi. La cianosi si ha fisiologicamente per azione del freddo, patologicamente si ha in molte condizioni. Essa dipende da un'alterazione cromatica del sangue in rapporto a deficienza di ossigeno, ad avvelenamento dell'emoglobina o a stasi dei plessi venosi postcapillari. La cianosi anossiemica si riscontra sopratutto nei disturbi della respirazione, nelle affezioni pulmonari e pleuriche, e si accompagna di regola a dispnea. Combinata con rossore del volto e occhi lucidi si riscontra nella pulmonite, e combinata con pallore si ha nell'influenza grave a causa del collasso vasale. Nei processi pleurici è lieve e limitata solo alle labbra ed alle gote. Associata con rossore vasomotorio a chiazze si ha negli accessi asmatici, ed appena accennata o anche in grado estremo nell'enfisema cronico con bronchite. Nella tubercolosi pulmonare si ha cianosi accentuata solo quando l'affezione è grave e diffusa ad ambo i pulmoni, contribuendo a definire l'aspetto etico e cachettico. Viceversa è caratteristica della tubercolosi miliare acuta la tinta violacea del volto. La cianosi da mescolanza del sangue venoso e arterioso si ha in certi vizi congeniti (persistenza del forame ovale, difetti del setto). La cianosi da intossicazione dell'emoglobina si ha negli avvelenamenti da ossido di carbonio, da acido cianidrico e simili.

La cianosi da stasi si riconosce facilmente quando manca ogni dispnea o c'è sproporzione tra il grado della cianosi e quello del disturbo respiratorio. Essa può essere realizzata sia da un impedimento locale della circolazione venosa, sia da un indebolimento della attività cardiaca. In quella periferica non c'è gonfiamento inspiratorio delle vene del collo, mentre in quella cardiaca mostrano questo segno ed una pulsazione retrograda contemporanea al battito cardiaco. Oltre a ciò la cianosi periferica, come si ha nello struma e nei tumori mediastinici, si riconosce anche nei casi tipici per la sua distribuzione in un determinato territorio e per la combinazione con l'edema. La cianosi cardiaca si riscontra sopratutto nei vizi mitralici e tricuspidali, nelle affezioni del miocardio ed in alto grado nei vizi congeniti e nella stenosi pulmonale, che prende appunto il nome di morbo ceruleo.

Ittero. Il colorito dipendente dall'aumento nel sangue dei pigmenti biliari è un sintoma che può dipendere da vari processi. Esso può essere l'espressione d'un impedimento meccanico del flusso biliare provocato da calcoli, tumori delle vie biliari, da catarro duodenale, da infiammazione colangioitica, da processi infiammatori e neoplastici in vicinanza delle vie biliari. Può anche dipendere da lesioni delle cellule epatiche, come nel tipo parenchimatoso dell'ittero catarrale, nell'atrofia gialla acuta, nella sifilide del fegato, nei processi settici e nelle intossicazioni, nonchè da un aumento di bilirubina per un aumento della distruzione del sangue, come nei vizi cardiaci, in certe forme di pulmonite, nelle intossicazioni, nelle infezioni con sintomi di emolisi ed infine in una speciale malattia detta ittero emolitico.

Colorazioni patologiche speciali. Caratteristico è il colorito negro o mulatto che si ha nel morbo di Addison, che ha molta somiglianza con la pigmentazione prodotta dai rag-

gi solari. In quest'ultima però mancano le caratteristiche macchie brunastre delle mucose, delle gengive sopratutto, che costituiscono il segno patognomonico dell'addisonismo. Una pigmentazione analoga si può avere anche nel diabete bronzino e nella pellagra, ma in quest'ultima la pigmentazione bruna proviene dall'eritema. Nella tisi, nella malaria cronica, nella linfogranulomatosi, nei tumori si può avere una forte pigmentazione cutanea, ma senza macchie della mucosa boccale. Più leggere pigmentazioni a zone più o meno estese si hanno nella gravidanza (cloasma uterino), nelle cure arsenicali intensive, nel morbo di Basedow, nella splenomegalia a tipo Gaucher. Una colorazione bruno-giallastra (xantosi) limitata per lo più al palmo della mano si può avere nel diabete.

Esantemi acuti. L'esantema scarlattinoso si inizia al volto con intenso arrossamento delle guancie che fa contrasto con il pallore periorale. L'arrossamento può anche iniziarsi al dorso del naso ed alla fronte.

Nel periodo iniziale del morbillo, oltre la congiuntivite, si possono avere macchie localizzate al volto, dietro l'orecchio o solo al cuoio capelluto, lentiformi, dentate, che più tardi confluiscono.

La rosolia, in riguardo all'esantema, presenta un quadro analogo, solo l'efflorescenza è più pallida, tendente al rosa, e non è accompagnata da enantema.

Nella varicella sono caratteristiche le piccole macchie rotonde, che rapidamente si trasformano in papule e vescicole.

Nel vaiuolo, al terzo giorno circa, compaiono leggere macchie a tinta rossa pallida, grandi come grani di miglio, che si diffondono dalla fronte al naso, al labbro superiore, al cuoio capelluto. Le macchie diventano sempre più rosse, si diffondono a tutta la pelle, ed assumono la forma conica ed al sesto giorno sono già trasformate in vescicole.

Gli esantemi tossici possono assumere il tipo morbillo-, scarlattino-, roseoliforme. Anche nelle infezioni settiche si possono avere fenomeni analoghi.

Turgore della pelle e dei tessuti sottocutanei.

Tutte le affezioni che sono accompagnate da un impoverimento del contenuto acquoso dell'organismo (colera, dissenteria, enterite paratifosa) determinano una riduzione del turgore del volto. Gli occhi si approfondiscono nelle cavità orbitarie, le parti sotto la palpebra inferiore sono avvallate, ed hanno una tinta azzurra o violacea, le guancie sono afflosciate o cascanti. Fatti analoghi si hanno in tutte le malattie cachettizanti, o in seguito ad eccessi venerei, ad intemperanze d'ogni genere, o a notti insonni. Un aumento del contenuto acquoso nel tegumento cutaneo provoca una pastosità o l'edema della pelle del volto. Caratteristica è al riguardo la facies mixedematosa. Un volto pastoso si riscontra anche nella tetania, nella clorosi e nella pseudoclorosi. L'edema localizzato quasi esclusivamente alle palpebre si ha nelle affezioni renali, sopratutto nelle nefrosi e nella glomerulonefrite.

Un quadro analogo si ha nella malattia degli edemi, nella cachessia cancerigna. Un edema più diffuso si ha nei processi infiammatori della cute, come nell'eresipela, nelle suppurazioni dello sfenoide e nelle affezioni nasali, sopratutto nelle gomme. Deformazioni per ingrossamento delle parotidi ed edema cutaneo corrispondente dànno le parotiti.

Occhi.

La lucentezza degli occhi aumenta nella febbre, negli stati di eccitazione, nei neuropatici, nel Basedow; diminuisce nella vecchiaia, negli stati marantici, nel rene raggrinzato, nel diabete.

La diversità del colore dell'iride (eterocromia) ai due lati è indice di degenerazione.

L'anello corneale giallo-verde si riscontra nel morbo di Wilson e nella pseudosclerosi di Westphal.

Le sclerotiche, accentuatamente azzurre, costituiscono lo stigma di un complesso caratteristico per l'abnorme fragilità delle ossa e sordità, e si ha nella cachessia neoplastica e nella clorosi.

L'ittero sclerale fa parte dell'ittero generale o è l'espressione d'un'emorragia sottocongiuntivale.

Nell'eritroemia le sclerotiche sono color viola.

Le pupille sono ampie nei neuropatici, durante l'accesso epilettico, nell'uremia eclampsica, nella sifilide cerebrale, nel botulismo, e nell'avvelenamento atropinico. Sono invece miotiche nella tabeparalisi, nelle paralisi del simpatico, nell'uremia da ritenzione, negli stati comatosi, nel morfinismo.

L'anisocoria si ha nei neuropazienti, nei processi glandulari specifici, nelle pleuriti, nella pulmonite, nel gozzo grosso, e di regola in tutte quelle malattie nelle quali si ha l'eccitazione unilaterale del simpatico.

Il nistagmo può costituire un sintoma di degenerazione o di varie malattie nervose (sclerosi a placche, siringobulbia, malattie del cervelletto, ecc.) o di affezioni labirintiche.

La ptosi palpebrale può dipendere da debolezza o paralisi del muscolo elevatore della palpebra o da paralisi delle fibre liscie della palpebra stessa innervata dal simpatico. La ptosi può essere innata o acquisita (tabe, meningite, paralisi oculomotorie, miastenia gravis).

La paralisi del simpatico (sindrome di Horner) dà enoftalmo, restringimento della rima palpebrale, miosi. Si verifica nei processi che ledono il simpatico cervicale (gozzo, affezioni apicali, tumori glandulari, ecc.) e nella siringomielia.

Le paralisi oculomotorie totali dànno all'occhio un aspetto particolare: la rima palpebrale è ristretta dalla ptosi e l'asse dell'occhio è deviata verso l'esterno. Le paralisi parziali, che sono quasi sempre in rapporto a lesioni dei nuclei, fanno deviare l'occhio in varie direzioni a seconda del nervo colpito. Nelle paralisi coniugate che si hanno nelle lesioni cerebrali a focolaio, l'occhio è diretto verso il lato emiplegico: il malato guarda la sua paralisi.

MUSCOLI MIMICI.

Fenomeni di eccitamento motorio nel dominio del facciale si hanno nella tetania, nell'epilessia, nell'isterismo, nella malattia dei tics, nei tumori cerebrali. Crampi del facciale con emiplegia controlaterale si hanno nella sindrome di Brissaud da focolai pontini. Le lesioni del centro corticale del facciale conducono a spasmi che si possono considerare come fenomeni di epilessia corticale.

Le paralisi del facciale dànno al volto la ben nota espressione.

I muscoli della masticazione innervati dalla branca motoria del trigemino possono essere sede di spasmi tonici e clonici. Nel primo caso si ha il trisma, che si verifica nel tetano (più raramente nella tetania), nelle meningiti, nell'epilessia, nell'isterismo, nei focolai pontini. Gli spasmi clonici masticatorî si hanno nell'epilessia e nell'isterismo, nonchè nelle affezioni dell'orecchio come fatto riflesso. Nelle paralisi motorie del trigemino i movimenti del mascellare inferiore sono possibili solo verso il lato paralizzato; in quelle bilaterali (diplegia masticatoria) il mascellare inferiore è abbassato ed ogni movimento di lateralità è impossibile.

LINGUA.

La lingua scrotalis, a punta arrotondata, fortemente solcata, di colore rosso scuro, si riscontra nei neuropazienti e nei degenerati.

La lingua geografica caratterizzata da numerose macchie frastagliate di color rosso o giallo grigio è espressione di diatesi essudativa.

Nella glossite di Hunter si ha arrossamento delle papille, macchie aftose, dolori nell'ingestione di alimenti caldi. È un sintoma iniziale dell'anemia perniciosa.

La lingua tifosa è patinosa nella parte centrale, molto rossa alla punta ed ai margini.

Nella scarlattina si ha ingrossamento delle papille su fondo rosso scuro (lingua a lampone).

Nelle setticemie è rossa, coperta di patina bruna, secca, screpolata. Nell'urosepsi è liscia, molto rossa, secca.

Nell'influenza la punta è arrossata, le papille sporgenti su fondo grigiastro.

Nella gastrite la lingua è coperta da una patina bianco-grigia.

Nelle affezioni pancreatiche la lingua è liscia, pulita, con le papille ben disegnate e tendenza alla secchezza.

Nell'uremia si ha lingua molto sporca, alito urinoso.

Nella cachessia cancerigna la lingua è spesso pallida, levigata.

La lingua può essere sede di crampi tonici e clonici nell'epilessia e nell'isterismo, di tremori nella neurastenia, nel Basedow, nella paralisi generale, nella sclerosi a placche.

Nella paralisi dell'ipoglosso, la lingua protrusa è incurvata verso il lato paralizzato. Nelle paralisi bilaterali rimane immobile sul pavimento della bocca. Le forme sopranucleari senza tremori fibrillari e senza atrofia, si riscontrano nelle emiplegie dallo stesso lato delle estremità paralizzate. Le forme nucleari (paralisi bulbari) sono per lo più accompagnate da atrofia e da lesioni di altri nervi cranici. L'emiatrofia della lingua si verifica nella tabe, nella siringobulbia, nella paralisi bulbare progressiva, raramente nella sclerosi a placche.

Le paralisi incrociate dell'ipoglosso e delle estremità (paralisi di Jackson) si possono avere in lesioni del bulbo. Nei processi della superficie interna del cranio, nei tumori, nelle meningiti, negli aneurismi, nelle emorragie, si possono avere lesioni periferiche dell'ipoglosso, le quali, come quelle nucleari, dànno paralisi con atrofia. DR.

FEGATO E VIE BILIARI.

Le sindromi itteriche.

(N. FIESSINGER. *Journal des praticiens*, 26 ottobre 1929).

Si è soliti dividere gli itteri in due grandi categorie: quelli *intensi*, a colorazione gialla molto inarcata e quelli leggeri o subitteri. I primi corrispondono ai grandi itteri bilifeici, ortopigmentari, colurici; gli altri sono da considerarsi come emafeici, metapigmentari ed acolurici.

SINDROMI.

Gli autori moderni hanno però continuato l'analisi degli itteri, sicchè se ne possono distinguere tre sindromi principali: quella pigmentaria, quella colalemica e quella colesterinica. La prima è la sindrome dell'ittero bilirubinico, in generale, quella colalemica è la sindrome dei sali biliari; ora la parte pigmentaria della bile provoca alcuni dati sintomi, mentre la parte salina ne provoca degli altri.

A) *Sindrome pigmentaria.* Comprende due sorta di itteri, quelli bilirubinurici e quelli urobilinurici; si distinguono, cioè, gli itteri con reazione di Gmelin ben netta delle urine e quelli che contengono soltanto dell'urobilina.

Gli *itteri bilirubinici*, o grandi itteri, dànno ai malati una colorazione gialla netta della pelle, che va dal giallo fino al verde scuro,

passando per il giallo rosso. Tutte queste transizioni si osservano nella colorazione della pelle, come in quella delle mucose (congiuntive, sclerotiche, base della lingua) e delle secrezioni (latte, liquor); il malato vede tutto colorato in giallo (xantopsia).

Nelle *urine*, si ha presenza di bile, che si rivela con la reazione di Gmelin, aggiungendo l'acido nitrico, che dà degli anelli turchini, rossi e gialli. Le *feci* sono scolorate se esiste un intoppo nella circolazione biliare; possono invece essere colorate, ed anche molto, se vi è iperbiligenia. Nei casi in cui le feci sono poco colorate, esse possono contenere della stercobilina.

Mediante l'intubazione alla Einhorn, si può prelevare della bile duodenale, anche nei casi in cui le feci sono completamente scolorate, sia perchè il passaggio della sonda provochi la produzione anormale di bile, sia perchè la diluizione di questa nelle feci è assai notevole.

Nel sangue, si ha colemia, la bile passa nel sangue, il siero è colorato in giallo e presenta una reazione di Gmelin positiva; la reazione di Hymans van den Berg è diretta ed immediata; col colorimetro, si può valutare la concentrazione della bilirubina.

La sindrome bilirubinica si manifesta con la colorazione del sangue, di tutti i mezzi e dei tessuti di rivestimento, di tutte le zone di esteriorizzazione o di drenaggio; vi è della bile dovunque, sia perchè il fegato ne produce troppa, sia perchè ne è disturbata l'evacuazione.

Gli *itteri urobilinici*, o piccoli itteri, hanno un carattere del tutto differente; fin dall'inizio, i medici non hanno confuso con i grandi itteri, questi malati, dal colorito terreo, con un riflesso giallo od un po' grigiastro; unica manifestazione di ittero, la si ha nelle sclerotiche.

Le urine, invece di avere il colore giallo o verde degli itteri bilifeici o bilirubinici, sono di color mogano o rosso, dovuto non già alla bilirubina, ma all'urobilina; la reazione di Gmelin è assente, si ha invece un anello bruno. La ricerca dell'urobilina con l'acetato di zinco dà la fluorescenza caratteristica; si trova anche dell'urobilinogeno mediante la reazione di Erlich alla benzaldeide.

Le feci, raramente scolorate come quelle degli itteri bilirubinici, contengono della stercobilina. La bile duodenale contiene della bilirubina, ma può anche contenere della stercobilina.

Nel sangue si trovano riuniti entrambi questi itteri, in quanto che si trova che il siero è colorato in giallo e contiene della bilirubina ed, in certi casi, anche dell'urobilina.

Entrambi questi itteri sono riuniti dalla bilirubinemia. In quello bilirubinico, la riduzione pigmentaria è intensa ed il pigmento inonda tutte le cellule dell'organismo; si ha inibizione dell'idratazione e l'organismo si sforza di liberarsi del pigmento, eliminandolo. Invece, nell'ittero urobilinico, si ha poca produzione di pigmento e scarsa colorazione; la bilirubina ristagna nell'organismo, si idrata e si trasforma in urobilina, nel fegato, nei tessuti e nel rene.

I due itteri si oppongono l'un l'altro, per la produzione di pigmento: quello bilirubinico, a grande produzione, quello urobilinico a piccola produzione; si oppongono altresì per la prognosi. Nell'ittero bilirubinico, il fegato è approssimativamente normale, mentre l'ittero urobilinico indica una malattia epatica. Quindi, la malattia che si accompagna a bilirubinemia lieve e permanente è una malattia a potenziale epatico molto più diminuito che nella malattia che interrompe bruscamente la circolazione biliare.

B) *Sindrome colalemica.* Quando i sali biliari passano nel sangue, provocano dei sintomi di intossicazione colalemica: prurito e bradicardia.

La genesi della bradicardia è stata variamente interpetrata.

1) Secondo Bard, sarebbe dovuta alla dissociazione auricolo-ventricolare; l'orecchietta si contrarrebbe normalmente, mentre il ventricolo ha un rallentamento della contrazione per un disturbo di trasmissione del fascio di His. Tale teoria non è più ammessa perchè si è veduto che si tratta, in realtà, di bradicardia totale;

2) La bradicardia totale è di origine nervosa. La dimostrazione di tale origine, però non è riuscita mentre, d'altra parte, diverse ricerche hanno messo in luce che i sali biliari non hanno affatto l'azione di rallentare il ritmo cardiaco. Il sintoma — bradicardia — è clinicamente attribuito alla colalemia, ma potrebbe essere interpetrato diversamente.

Ad ogni modo, si tenga presente che la bradicardia ed il prurito sono segni classici di intossicazione da sali biliari.

Sintomi nervosi. Astenia, stancabilità, cecità notturna, emeralopia, disturbi digestivi, rapido dimagrimento in conseguenza del disturbo della digestione dei grassi, dovuto all'insufficienza biliare.

È noto che la digestione dei grassi si fa per mezzo del succo pancreatico; essa però è possibile soltanto quando i grassi sono emulsionati dalla bile, sicchè si deve ritenere che questa ha parte importante in tale digestione. Il fatto è dimostrato dalle ricerche sugli emoconi.

Nelle urine, si ha reazione di Pettenkofer (allo zucchero ed acido solforico) positiva e così pure positiva la reazione di Hay (molto infida); si può anche utilizzare la stalagmometria, che segnala un aumento del numero di gocce per ugual volume o peso.

Nel sangue si è rilevato aumento di resistenza delle emazie; il dosamento dei sali biliari però non si può ancora fare con precisione.

C) *Sindrome colesterinica.* È dovuta alla ritenzione nel sangue di una grande quantità di colesterol. Si ha, nei litiasici biliari, la comparsa di macchie color burro fresco, alla parte interna delle palpebre superiori ed inferiori, macchie formate da colesterol: è il così detto xantelasma. In alcuni diabetici, si possono osservare dei xantomi alla faccia anteriore del ginocchio.

Si ha inoltre colesterinemia; la quantità normale di colesterol è di grammi 1,50; essa si eleva a 1,80-2 grammi.

Tipi clinici di sintesi.

Il più importante è l'*ittero totale*, che riunisce le tre sindromi, pigmentaria, colalemica e colesterinica, senza tener conto della divisione dell'ittero bilirubinico e urobilinico.

Il tipo più notevole è l'ittero bilirubinico, dovuto a ritenzione del coledoco, grande ittero da ostruzione.

In altri itteri, la stenosi non si ha sulle vie di escrezione. Si possono avere itteri a feci bianche (senza ostruzione meccanica) ed itteri a feci colorate (pleiocromici, o policolici); tale divisione è però artificiosa. Negli itteri a feci bianche, quando non vi è nessun ostacolo, si ha più che altro una diminuzione della quantità di bile nell'intestino; le feci sono eliminate sotto forma di mastice e diventano rosee 4-5 ore dopo l'eliminazione, per l'ossidazione dello stercobilinogeno in stercobilina. Negli itteri policolici, si hanno gli stessi sintomi generali, con ipersecrezione di bile.

Gli itteri urobilinici sono quasi sempre degli itteri totali, in cui la sindrome pigmentaria e quella colalemica sono però fruste; mancano il prurito e la bradicardia. Lo studio delle urine rivela però la presenza di reazione di Hay positiva e talora diminuzione della tensione superficiale (stalagmometria). Tale ittero è quindi da considerarsi come un ittero totale, in cui non esistono sintomi di intossicazione biliare perchè la quantità di bile in circolazione è minima.

Itteri dissociati. In questi, la ritenzione non è completa; si tratta di fatti rari che hanno un semplice valore di classificazione funzionale.

Si può avere la sindrome degli *itteri pigmentari*, in cui i pigmenti restano in circolazione, mentre passano i sali biliari. Importanti fra questi sono gli itteri emolitici, dovuti a distruzione dei globuli rossi nella milza. Si ha colorazione gialla della pelle, urobilina nelle urine, talvolta della bilirubina; feci colorate, mai prurito, nè bradicardia, nè segni di intossicazione colalemica. Si hanno anche degli itteri passeggieri, alla fine di un ittero catarrale, in una tifoide itterica. Si tratta sempre però di fatti eccezionali.

Negli *itteri salini*, invece, passano i pigmenti biliari e sono ritenuti i sali. Si osservano nell'intossicazione fosforica sperimentale del cane, alla fine dell'ittero catarrale, in alcune cirrosi; fatti sempre eccezionali e spesso discutibili.

Interpetrazione degli itteri.

Vi sono diversi fattori nella produzione degli itteri.

1) *Il fattore sanguigno* quale si ha negli itteri tossici (cloroformio, alcoolismo notevole, intossicazione da idrogeno arsenicale); si ha sempre, in questi casi, emolisi sanguigna, dapprima anemia e poi ittero pigmentario;

2) *Il fattore splenico.* La milza è capace di distruggere le emazie, sia per la presenza in essa di emolisina, sia perchè questa esiste in circolo ed alla milza finiscono i residui delle emazie. È un fatto che, nell'ittero emolitico, con l'asportazione della milza, si sopprime l'ittero;

3) *Il fattore epatico.* Nel fegato, vi sono: 1) le *cellule di Kupfer*, che si trovano lungo i capillari epatici e sono addossate alle cellule epatiche; esse fissano i detriti delle emazie, realizzandone la trasformazione in bilirubina; 2) la cellula epatica, che ha una parte dominante nella sindrome colalemica ed ha una parte attiva nel determinismo dell'ittero.

L'A. ammette che, in conseguenza di una affezione epatica — infezione, intossicazione — le cellule epatiche della periferia del lobulo si atrofizzino, in modo che si stabiliscono delle comunicazioni canalicolo-interstiziali; la bile, circolando nella parte centrale, passa in parte nel coledoco ed in parte nello spazio canalicolo-interstiziale ed arriva nella circolazione. Nelle forme degenerative non ritenzionali, l'ittero sarà tanto meno marcato quanto più malata sarà la parte centrale, sicchè si vede spesso che l'ittero diminuisce di intensità quanto più malato è l'individuo. Considerato in tal modo, l'ittero è bensì un segno di insufficienza epatica, ma non proporzionale alla gravità, poichè esso è intenso all'inizio e diminuisce in seguito.

Dal punto di vista pronostico, l'ittero notevole e che si mantiene molto colorato è meno grave di quello che si scolora senza crisi urinaria. L'ittero urobilinico, molto meno marcato è invece più grave, in quanto che le fessure sono permanenti, le comunicazioni non si riparano, poichè si tratta di un organo in cui non si fanno cariocinesi nè focolai di neoformazione. L'ittero urobilinurico è l'ittero di un fegato malato.

L'elemento di gravità è dato dal potenziale del tubo epatico; se esso produce poco pigmento o non è capace di produrne, il malato è in più gravi condizioni. La produzione di pigmento è funzione dell'integrità del fondo del lobulo epatico e la prognosi si basa quindi sull'integrità o meno del centro del lobulo.

Il sintomo è dominato dalla regione periportale, la prognosi, invece, dalla regione centro-lobulare e la produzione di pigmento da parte della porzione centrale.

Si possono quindi opporre due serie di itteri; quelli che sono costantemente epatici e quelli sanguigni ed epatici, cioè sanguigni all'inizio ma in cui rapidamente interviene la

cellula epatica; l'ittero allora si completa e diventa totale. Invece, nelle malattie epatiche, come le intossicazioni, che toccano direttamente la cellula epatica, l'ittero è subito totale.

Filippini.

Il drenaggio biliare medico.

(M. Golob. *American medicine*, ott. 1929).

L'A. ha praticato da otto anni numerosissimi drenaggi biliari ed intende persuadere i medici dell'utilità di questo procedimento. Molti non ne sono soddisfatti perchè hanno usato una tecnica sbagliata. Anzitutto, alcuni praticano il drenaggio al mattino e poi esaminano la bile nel pomeriggio; la presenza di secrezioni pancreatica e duodenale agisce nel senso di distruggere le cellule degenerate, i corpuscoli di pus, ecc., sicchè l'esame della secrezione ottenuta perde ogni valore. Un altro punto importante è la ripugnanza che hanno generalmente i pazienti per l'inghiottimento del tubo, che si fa in un tempo troppo lungo; l'A. ha proposto l'uso di uno *stiletto*, che permette l'introduzione in meno di un minuto. Anche la posizione in cui si tiene il paziente ha la sua importanza; a quella di Sims, usata in alcune clinicre, l'A. preferisce quella di Trendelenburg.

Prima di iniettare la soluzione di solfato di magnesia, l'olio di oliva od il peptone, è necessario assicurarsi che l'estremo del tubo sia realmente nel duodeno. Ciò è agevole per chi possiede il fluoroscopio; in mancanza di questo, si potrà ricorrere ai seguenti artifici: 1) introdurre nella siringa 30 cmc. di acqua e poi fare agire parecchie volte la siringa, in modo da scacciare tutta l'acqua ed aspirare immediatamente; se si ottiene meno di un terzo dell'acqua introdotta, ciò significa che l'estremo del tubo è nel duodeno; 2) far bere al paziente dell'acqua colorata con oricello; se l'aspirazione non fa uscire dell'acqua colorata, è segno che l'estremo del tubo ha oltrepassato lo stomaco.

Per usi diagnostici è più raccomandabile il solfato di magnesio, specialmente se si sospetta il catarro del cistico, nel qual caso, la bile ha un aspetto oleoso, che potrebbe essere mascherato dalla presenza dell'olio di oliva. Quest'ultimo, invece, sarebbe più indicato quando si usa il drenaggio come terapia, in quanto che esso assicura un migliore svuotamento della cistifellea.

L'A. richiama inoltre l'attenzione sulla suddivisione della bile estratta in tre parti, A, B, C; il fatto di non ottenere la frazione B, più viscida, di peso specifico più alto e di un colore più carico, indica qualche deviazione dalla norma.

Indicazioni per l'operazione.

Fra le molte centinaia di drenaggi biliari eseguiti, l'A. ha trovato soltanto in 11, le indicazioni per un intervento operativo e cioè: in 6 casi per cistifellea a lampone senza calcoli, in 3 casi per colecistite, in 1 per carcinoma primaria del fegato ed in 1 per assenza della cistifellea. In quest'ultimo caso, si trattava di un individuo nel quale l'esame clinico faceva sospettare una cistifellea patologica; questa però non fu visibile alla colecistografia; il paziente non vomitò il colore e la radiografia non trovò la capsula indisciolta. La bile estratta era scarsa, poco colorata e non reagente all'instillazione di solfato di magnesio.

Itterizia.

Nella statistica dell'A., vi sono otto casi di ittero semplice catarrale, associato con notevole prurito; in ogni caso, si fecero due drenaggi a tre giorni di intervallo. Il prurito diminuì notevolmente e nessuno dei pazienti ebbe bisogno di ultriori cure. Analoghi risultati soddisfacenti si ottennero in un caso di ittero arsenicale, seguito ad iniezione di salvarsan. In un paziente, fortemente itterico, non si potè fare il drenaggio, sebbene il fluoroscopio dimostrasse che il tubo era in posizione giusta, si vide poi che si trattava di un calcolo che occludeva il dotto comune. A tale proposito, l'A. osserva che l'eziologia dell'ittero *franco* non è da considerarsi meccanica, come invece la riteneva Virchow, secondo il quale, essa era dovuta ad un tappo mucoso che occlude il dotto biliare comune; i reperti di Wallace e Diamond confermano che la patologia dell'itterizia catarrale consiste in modificazioni parenchimatose delle cellule epatiche. Non è però da escludersi che un tappo mucoso ostacoli il passaggio della bile.

L'A. ha ottenuto, in tutti i casi di itterizia, la bile col sondaggio duodenale; analoghi risultati hanno ottenuto Wallace e Diamond i quali hanno anzi proposto come diagnosi differenziale fra itterizia catarrale e quella da ostruzione, la presenza dell'urobilinogeno nell'urina e la possibilità di avere della bile mediante il sondaggio duodenale, basandosi sul fatto che l'urobilinogeno si forma nell'intestino quando vi arriva la bile e che esso quindi non si avrà (come non si avrà la bile col sondaggio duodenale) nel caso dell'ittero da ostruzione.

Drenaggio biliare e colecistografia.

È sempre opportuno far precedere la colecistografia dal drenaggio biliare, il quale, già mette sull'avviso che la cistifellea si trova in stato patologico ed ha anche il vantaggio di liberare la cistifellea dalla bile stagnante e renderla così meglio visibile.

Quando si paragonino fra loro i due metodi di diagnosi, si può dire che nessuno dei due è infallibile, ma che, se mai, la preferenza andrebbe data al drenaggio biliare, specialmente in casi di itterizia ostinata, in cui la somministrazione del colore per la colecistografia può essere dannosa, ancor più che l'apertura dell'addome. In due casi dell'A., i quali avevano

vomitato la capsula contenente il colore, il drenaggio biliare condusse al reperto di sangue occulto e quindi alla diagnosi, tenuto conto del significato di tale reperto per la diagnosi fra duodenite e malattia della cistifellea. In un terzo caso, le radiografie mostrarono la presenza delle capsule colorate, in parte intatte, in parte rotte, mentre la cistifellea non si potè rendere visibile, forse per deficiente assorbimento; il drenaggio mostrò che la bile era patologica. In un altro caso la prova con la sostanza colorante indicava uno svuotamento ritardato; il fatto però che le feci erano colorate mostrò che l'assorbimento della sostanza colorante poteva continuare colorando così la bile e dando una visualizzazione tardiva; in questo caso, il drenaggio biliare riportò una bile non patologica.

Lo stesso Graham, del resto, ammettava che la prova da lui escogitata costituiva un mezzo per studiare la funzione della cistifellea, piuttosto che un'indicazione esatta delle lesioni presenti. Tale prova inoltre indica più che altro le modificazioni già avvenute della cistifellea ed è quindi adatta specialmente per i casi avanzati, mentre il drenaggio biliare, oltre che per questi, è utile anche per quelli incipienti ed è quindi della massima importanza medica.

Nella diagnosi di occlusione del dotto cistico, la colecistografia ha poi lo svantaggio di non poter differenziare i casi di origine catarrale da quelli dovuti ad aderenze, calcoli, ecc. Invece, con l'esame della bile estratta col drenaggio si prova che, in caso di occlusione da itterizia la bile è formata da un materiale oleoso di colore giallo, costituito da acidi grassi della colesterina.

Un altro punto importante, per cui il drenaggio biliare può essere di grande utilità, è che esso serve bene come terapia preventiva per la dilatazione compensatoria dei dotti biliari che si ha dopo la colecistectomia ed in tal modo previene il ritorno di disturbi biliari.

L'A. esamina da ultimo la questione della contrattilità della cistifellea, ammettendo che essa si contrae come gli altri visceri.

FILIPPINI.

UROLOGIA.

La foratura della prostata.

(LE FUR. *Bull. et Mém. d. l. Soc. d. Chir. d. Paris*, t. XXI, n. 3).

A proposito di un caso d'ipertrofia di un lobo prostatico, trattato con pieno successo col metodo della foratura con l'alta frequenza, secondo Luys, fa una rassegna delle indicazioni e risultati di tale metodo.

1) *Indicazioni anatomiche*:

a) *Prostate piccole sclerotiche* (prostatici senza prostata) con disturbi disurici, comprendenti: le barre prostatiche con sopraelevazione del collo vescicale, le atrofie e sclerosi prostatiche, i lobi mediani otturanti. In questi casi più che di una vera e propria foratura si tratta di praticare la distruzione della parte saliente;

b) *Prostate medie* con ritenzione e con o senza infezione. Qui si tratta di scavare un vero tunnel nel tessuto ghiandolare.

Luys ha trattato col suo metodo 109 casi di prostate medie e 20 di piccole;

c) Nelle *prostate grosse* il metodo è controindicato per lo spessore notevole da attraversare con conseguente formazione di grosse escare e pericoli di emorragia e d'infezione.

2) *Indicazioni cliniche*:

a) *Prostatici ritenzionistici* dopo tentativi infruttuosi di cura incruenta (dilatazioni, massaggi, ecc.);

b) *Età avanzata.* Dai 70 agli 80 anni, se le condizioni anatomiche son quelle descritte, è indicata la foratura che è meno grave dell'operazione radicale. Luys ha operato con successo 23 casi da 70 a 80 anni e 4 da 80 a 90 anni;

c) *Prostatici giovani* che in genere hanno prostate piccole, difficilmente enucleabili, e nei quali importa salvaguardare la *potentia generandi;*

d) *Prostatici con insufficienza renale o cattivo stato generale;*

e) *Cistostomizzati con fistole antiche o definitive*: foratura dalla via soprapubica.

Tecnica. L'elettrocoagulazione si può fare per via soprapubica o per via endouretrale: la 2ª nei casi semplici e per piccole prostate; la 1ª nei casi opposti e in quelli in cui si era fatta una cistotomia come primo tempo dell'operazione radicale. Intensità massima 5-600 milliampères.

G. PACETTO.

Pericistiti suppurative.

(H. CULVER e W. BAKER. *Journal of Urology*, giugno 1928).

Gli AA. dopo aver riferito su sette casi di suppurazioni perivescicali, fanno un quadro anatomo-clinico completo di questa sindrome. Il pus può raccogliersi nello spazio di Retzius, o nello spazio prevescicale o nello spazio retrovescicale nello sdoppiamento della fascia di Denouvilliers; oppure il pus, avendo rotto i sepimenti, che separano i diversi spazi scollabili, può circondare completamente la vescica, farsi strada verso le fosse ischio-rettali, o lungo l'uretere nella loggia lombare.

Per l'etiologia, si sa che la lesione può esser data da vescicoliti, prostatiti, suppurazioni vescicali per cause varie (calcoli, corpi estranei, diverticoli ecc.), da lesioni dell'uretra bulbare e membranosa, da cattivo drenaggio prevescicale dopo prostatectomie ecc. Inoltre esistono altre cause extra-urinarie, tra cui: appendiciti, sigmoiditi, proctiti, annessiti ecc. Esistono dei casi idiopatici, ma più propriamente sono infezioni ematogene.

Per la diagnosi molta importanza ha la constatazione di una tumefazione ipogastrica, che

persiste dopo vuotamento della vescica; o la palpazione per via rettale di una massa fluttuante retrovescicale. In questi casi, coesistendo i segni generali di una suppurazione, la diagnosi è facile. In altri casi però la diagnosi è difficile; ma allora la esistenza di una dolorabilità ipogastrica, con i segni dell'infezione generale deve far sempre pensare a questa lesione, quando ne esistono le cause, e spingere ad un esame accurato.

La prognosi è specialmente grave, quando la causa etiologica è urinaria, e dipende moltissimo dalla precocità dell'intervento e da un perfetto drenaggio del pus. Generalmente basta un drenaggio soprapubico, a meno che non esista anche suppurazione delle fosse ischio-rettali.

Dei sette casi degli AA. cinque sono guariti, mentre due sono morti. V. LOZZI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1).

Dott. EICKE. *Die Organisation von Krankenanstalten.* Lipsia, 1930. G. Thieme.

È un volumetto il quale dà le direttive pratiche per l'organizzazione e l'amministrazione di cliniche, ospedali, case di cura. L'A. che è medico e ingegnere ha distribuito con molta cura la materia e descrive minutamente i vari particolari che bisogna osservare nella manutenzione e nell'organizzazione ospitaliera. È un trattatello esclusivamente pratico che per il metodo e la cura con cui è stato redatto riuscirà di grande utilità a quanti vogliono intraprendere l'amministrazione e la direzione di ospedali o di case di salute. V. GHIRON.

U. SALA. *La funzione del medico nell'O. N. B.* In-8° di 22 pag. Opera Nazionale Balilla. Di Giacomo ed., Salerno.

L'A., in questo suo lavoro, tratteggia efficacemente la funzione del medico nell'O. N. B., funzione, come ognuno comprende, di estrema importanza, che investe il medico di un'alta missione sociale, non tanto per l'opera curativa, quanto per quella che esso può svolgere per la bonifica della razza. Ed appunto sull'opera di prevenzione, maggiormente si estende l'A., sia nel senso della profilassi individuale (correzione delle deficienze e delle disgenesie) che della propaganda igienica, per la quale egli consiglia esposizioni di quadri murali, distribuzione di libri adatti, proiezione di pellicole cinematografiche, ecc., mentre non ritiene proficue le conferenze. Caposaldo importante è l'educazione fisica, che deve essere guidata dal medico e dal fisiologo e per la quale l'A. dà alcuni cenni direttivi.

Questo lavoro, scritto con fervido slancio di entusiasmo, ha avuto, fra l'altro, anche un caldo elogio dal prof. G. Jappelli. *fil.*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Onoranze giubilari al Prof. A. Di Vestea. Pisa, 27 giugno 1929-VII. Un vol. in-8° gr., di pag. 110, con ritratto. Pisa, Arti Grafiche Nistri-Lischi, 1929.

Un vero plebiscito di studiosi, una massa imponente di estimatori e di amici, hanno voluto rendere omaggio ad Alfonso Di Vestea in occasione del suo ritiro dall'insegnamento ufficiale.

La cronaca delle onoranze è raccolta in questo volume, ove hanno trovato integralmente posto due pregevoli studi, redatti nell'occasione da F. Neri e da A. Frassi, sull'opera scientifica e didattica e sull'opera d'igiene sociale dell'insigne Maestro. Emergono i contributi cospicui recati alla scienza: sulla migrazione del virus rabico lungo i nervi (con Zagari), sulla filtrabilità del virus rabico (indipendentemente dalle ricerche di Remlinger e Riffat-Bey), sull'immunizzazione antitubercolare (con Maffucci), per non citare che i maggiori; nonchè l'attività indefessa spiegata nel campo sociale, per la propaganda igienica, per l'assistenza sanatoriale, per la difesa contro l'alcoolismo ecc.

È un'esistenza nobilmente spesa e da cui possiamo attendere ancora molto, in opera ed in consigli. L. V.

RIVENDICAZIONI

Una rivendicazione italiana in Chirurgia.

Cura delle ferite secondo Cesare Magati (1579-1647).

Dott. AUGUSTO BOTTO-MICCA - Torino.

(*Continuazione e fine; v. il fasc. prec.*).

Se la rara medicazione delle ferite porta un innegabile vantaggio nella guarigione, non deve però esser creduta una regola inderogabile. Talora occorrono circostanze, che obbligano a sbendare la ferita; così l'emorragia, la corruzione delle parti, la notevole putrefazione ed il sudiciume, la soppressione degli escrementi, l'infiammazione delle parti, la ritenzione di un corpo estraneo nella ferita, il dolore esagerato, la debolezza del calore, il prurito insopportabile, il fetore, le fratture aperte. Se non si avvera nessuna di queste circostanze si sfascieranno le ferite cave quando sono ripiene di carne e sta per formarsi la cicatrice (cap. XXXVIII). Bisogna perciò conoscere i sintomi dei suddetti accidenti e lo stato della ferita. Così l'ascesso si conosce dal dolore, dal calore, dalla febbre e dal tumore; la soppressione del pus dal senso di peso, dal dolore, dalla febbre; la putrefazione dalla qualità del pus secreto, dalla quantità e dal colore; la gangrena dalla insensibilità della parte. Il buon stato della ferita si percepisce dal pus buono, dal poco o nullo dolore, dalla tensione nulla o poca, dalla mollezza e del bel colore delle parti prossimiori, dalla mancanza di febbre, la quale può talora apparire saltuariamente. Il Magati secondo la sua esperienza afferma che le ferite si possono considerare ripiene di carne in una settimana circa, mentre alle più lievi lesioni occorrono soltanto uno o due giorni. Si comprende come grande influenza eserciti

sempre la regione colpita, la quale è da considerarsi in primo luogo (cap. XXXIX).

Da quanto si è detto è facile vedere la differenza sostanziale del metodo del Magati da quello in uso dagli altri medici. Questi collo sbendare sovente le ferite nuociono alla guarigione, esponendo la lesione all'aria dell'ambiente di temperatura più bassa del calore naturale del corpo; inoltre, usufruendo di tessuti cacciati nella ferita, impediscono il libero efflusso degli escrementi; a ciò si aggiunga ancora il movimento della parte, nociva alla guarigione.

Il metodo dell'Autore invece colla rara medicazione, lasciando in sito il tegumento protettivo, conserva il calore, evita il frequente dolore dell'immissione di tessuti e lascia libera la secrezione. L'esperienza stessa del Magati (che ricorda dei casi da lui curati) è sicura testimonianza delle asserzioni, che si concludono coll'affermare che l'uso delle torunde e dei tessuti trascinano più a lungo la guarigione delle ferite (« vulneris re« pletionem turundis ac lineamentis violenter pro« hibentes, in longius tempus curationem pro« trahunt »). Le uniche due obbiezioni, che si possono contrapporre a tale metodo sono: che le ferite guariscono troppo presto e che ciò avviene con troppa facilità e poca fatica del medico e molestia del ferito. Ma queste obbiezioni contengono in se stesso la lode del nuovo sistema (cap. XL). Nelle opere di Ippocrate e di Galeno si trovano già accenni di questo metodo (cap. XLI), per quanto vi siano anche altri passi favorevoli alla cura contraria (cap. XLII). Lo stesso si può dire di Celso e di Avicenna (cap. XLIII). Ribattuto a tutti gli argomenti probativi del sistema del frequente sbendare (cap. XLIV) il Magati passa a parlare delle varie forme di tessuti ad uso medicamentoso cioè i « linamenta », le « turundae », gli « olychnia » o « licinia », i « peniculi » o « penicilli », le « parva splenia » o « faldelle ». L'uso di questi medicamenti è necessario quando conviene l'opera del chirurgo (« igitur tunc tantum « erunt haec necessaria, quando convenit Chirur« gica operatio, quae vulneris amplitudinem re« quirat ») (pag. 87) oppure quando per qualche complicazione o per qualche altra ferita è necessario ritardare la guarigione della prima. In ogni altro caso esse agiscono col mantenere aperto ciò, che si vuol chiudere, ciò che si vuol restringere ed impediscono la guarigione, che è lo scopo del chirurgo. Disgraziatamente esse servono altresì di mezzo alla malvagia avidità, prolungando la malattia: « omitto quod torundae ac linamenta « curationem protrahunt, quoniam hoc aliquibus « placet, mira torundarum virtus, vulnus replent « cui adhibentur, et crumenam exhauriunt quam « nec tangunt » (cap. XLV). All'errore dell'uso di questi medicamenti altri se ne aggiungono: il primo è il fare la fasciatura troppo stretta, il secondo l'aver fatta una sutura in modo da impedire l'efflusso del pus, il terzo l'aver coperto la ferita con un pannolino umido di trementina senza considerare lo stato della lesione. Il primo errore si può rimediare tagliando le fascie e cucendo i bordi delle incisure senza muovere la ferita; il secondo lasciando ancora un piccolo tratto della ferita senza sutura; il terzo, qualora la ferita si mostra anemica e con poco calore, occorre mettere nella lesione dei « parva splenia » bagnati di trementina e coprire il tutto col suddetto pannolino, mentre questo basta da solo se la ferita appare arrossata e calda (cap. XLVI).

Fra i rimedi, con cui si può soccorrere il ferito, il Magati ricorda la flebotomia, che è da considerarsi il principale medicamento della flussione, giacchè ne diminuisce l'abbondanza. Il salasso deve essere fatto agli organismi pletorici, vigorosi ed adulti (dai sette anni in poi). Prima dell'esecuzione bisogna considerare varie circostanze, la età, la natura e l'abito del salassando, i suoi usi, il suo regime, la regione, lo stato del cielo, la stagione e le condizioni di robustezza del ferito (cap. XLVII). Quanto maggiore appare od è imminente la flussione e quanto ve n'è maggior pericolo, tanto maggiore è la quantità di sangue da estrarre e viceversa. Il cambiamento di colore e della sostanza indica che il sangue estratto è bastante, fatto che non si deve attendere nel caso che le forze si dimostrino deboli (cap. XLVIII). Il salasso deve avere una azione rivulsiva e perciò si deve operare la flebotomia nelle parti distanti e contrarie delle ferite: così per la lesione del braccio destro si deve intervenire nella gamba sinistra e viceversa. Se il periocolo della flussione è urgente e le forze lo permettono si devono incidere le vene grosse, se invece manca l'urgenza ed il soggetto è debole si deve intervenire sulle piccole (cap. XLIX). Quando il malato è debole o di età troppo giovane o troppo anziana, in luogo della flebotomia è bene ricorrere alle sanguisughe, alle ventose ed alle scarificazioni (cap. LI), a cui bisogna aggiungere anche le frizioni, i legacci, i senapismi ed i vescicanti, tutti sistemi che hanno la proprietà di provocare la revulsione (cap. LII). Se i sintomi della pletora continuano, bisogna ricorrere parecchie volte al salasso e purgare il malato ogni tanto, giacchè le purghe sono dei rivulsivi. Per giungere a questa affermazione il Magati riporta e discute le sentenze di Ippocrate e di Galeno al riguardo, constatando come detti autori ricorrano ai purganti a scopo rivulsivo. Non a tutti gli organismi nè a tutti i feriti producono tali effetti questi rimedi, ma essi vanno specialmente usati nei feriti dall'apparato morbifico, ossia quelli che vengono colpiti da febbre putrida e maligna (cap. LIII). Il purgante deve essere somministrato al principio, come attestano anche Galeno ed Ippocrate e deve essere ripetuto; quando il pericolo maggiore e più urgente proviene dal movimento del sangue verso la parte vulnerata piuttosto che dalla qualità del secreto, si deve far precedere al purgante la flebotomia e viceversa (cap. LIV). I rimedi dati a scopo purgativo variano secondo la costituzione organica del paziente, ma devono avere in genere una base astringente. L'Autore ne fa una minuta distinzione (cap. LV). In luogo dei purganti possono usarsi i clisteri ed i suppositori. I primi hanno tre azioni: l'evacuante, la revulsiva e l'attrattiva (della materia della flussione). Essi quindi possono essere emollienti, irritanti ed acri. L'Autore esamina le diverse sostanze usate all'uopo. Si devono usare i revellenti e gli evacuanti nell'imminente e presente flussione ed in caso di indebolimento di forze; quando queste si mantengono valide si deve ricorrere agli acri. I suppositori, fatti a forma di ghianda (« glandes ») hanno azione evacuante e revulsiva. Anche questi si distinguono in irritanti ed acri (cap. LVI).

Il Magati si dilunga a descrivere gl'ingredienti da scegliere e dà a questo tema uno svolgimento degno di materia medica (cap. LVII). Passa quindi in rassegna dettagliata il regime, che il paziente deve tenere, parlando dell'aria, del moto,

del riposo, del sonno, delle veglie, dello stato di animo, degli alimenti sia qualitativi che quantitativi e delle bevande (cap. LVIII). Tratta in seguito della sutura, vantandone gli effetti e specificando gli aghi ed il filo da usarsi; indica la fasciatura idonea ed il modo migliore di fattura (cap. LIX), suggerendo i rimedi atti per aiutare l'opera della natura dopo la sutura (cap. LX) ed insegna quale sia la cura delle ferite cave (capitolo LXI).

Quando si presenta un ferito curato col modo comune bisogna considerare attentamente la natura della lesione e del paziente, la durata della prima cura, poichè differente è il comportamento secondo la maggior o minor lunghezza di essa. Infatti se si è chiamati sin dal principio e si è trovato che altri hanno introdotto della stoppa o delle torunde imbibite di albume d'uovo, senza che vi sia bisogno di alcuna operazione manuale, le quali torunde distendono la parte, esacerbano il dolore e chiudono tutto l'orificio della ferita, non vi sarà bisogno, come nelle ferite suturate, di rimuovere le suddette torunde e di raffreddare la ferita, ma si possono lasciare sino alla generazione del pus, fino anche al quarto giorno, giacchè mentre in tutto questo tempo non si dovrà temere la soppressione della secrezione per opera della ferita nello sfasciarla. Se al contrario la lesione venne curata nel modo comune per un lungo tempo ed essa non presenta gravità, si può senz'altro sostituire il metodo nuovo, rinvigorendo con tegumento il calore indebolito dalla frequente fasciatura. Se poi la lesione è complicata o perchè mostra piccolo orificio o la presenza di qualche corpo estraneo o di un osso leso bisogna tenere una via di mezzo ossia per i primi tempi seguire ancora il modo comune, rarificando però le medicazioni sino ad adottare il nuovo metodo (cap. LXII). La guarigione delle ferite non avviene però sempre normalmente, ma si possono verificare varie complicazioni ed incidenti. Così può succedere l'emorragia (cap. LXIII), un eccesso di secrezione (cap. LXIV), un dolore esagerato (cap. LXV), una soverchia infiammazione (capitolo LXVI), una pericolosa putrefazione (capitolo LXVII), una cicatrice esuberante (capitolo LXVIII), e si possono accompagnare febbri di varia natura (capp. LXIX-LXXI). Di tutti questi veri inconvenienti il Magati dà una dettagliata descrizione, indicandone non solo i sintomi ed i pericoli, ma anche consigliando i vari metodi di cura.

Nè queste soltanto sono le complicazioni proprie delle ferite, ben altre generali possono avvenire: ecco così la sincope ed il deliquio (capitolo LXXII), il delirio (cap. LXXIII-LXXIV), la paralisi (cap. LXXV-LXXVI), la convulsione (cap. LXXVII), le cicatrici deformanti (cap. LXXVIII). Anche di tutte queste conseguenze l'Autore tratta specificatamente e dettagliatamente, indicandone sintomi, effetti, prognosi e cura.

Terminate così col primo libro le considerazioni sulle ferite in generale, il Magati passa nel secondo a trattare delle lesioni in particolare, secondo la natura dei tessuti e secondo la regione colpita. Questa seconda parte dell'opera è meno importante per la trattazione del presente lavoro, giacchè le basi del nuovo metodo curativo vennero gettate solidamente dall'Autore nella prima parte. Ad ogni modo è sempre interessante esaminarla per sommi capi, trattenendoci invece più a lungo nell'appendice, ove si parla delle ferite da armi da fuoco, giacchè credo interessante per il lettore poter fare un parallelo tra la terapia di tali lesioni nel secolo XVII e quelle della recente guerra.

Il secondo libro del « De rara medicatione vulnerum » comincia colla trattazione delle ferite delle parti carnose (cap. I) e passa quindi a quelle dei nervi (cap. II-IV), a quelle con fratture ossee (capp. V-VIII), a quelle delle vene (capp. IX-X), a quelle della testa e della loro differenza (capitolo XI), coi sintomi della frattura del cranio (capp. XII-XIII), della contusione (capp. XIV-XVI), della lesione cerebrale (capp. XVIII-XIX), della commozione cerebrale (cap. XX), della lesione dei vasi del cervello (cap. XXI) colle ragioni dei sintomi (cap. XXII) e la prognosi (cap. XXIII).

Nella cura delle ferite della testa il Magati ammette l'uso della trapanazione del cranio anche nel caso di una frattura dubbia, mentre tiene in poco conto i rimedi topici in tutti i colpi violenti (capp. XXIV-XXVI). Egli poi nei capitoli seguenti con un dettagliatissimo esame passa in rassegna tutte le varie ferite nelle diverse regioni del capo, indicandone la cura relativa (capitoli XXVII-LX).

Gli atti da compiersi in detta regione devono essere fatti con molta prudenza, poichè, se presi troppo alla leggera, come da molti, possono recare danno grandissimo anzichè vantaggio. Il Magati si mostra decisamente contrario alla pratica di quei chirurghi, che asportano con facilità le parti molli staccate più o meno estesamente dalle parti ossee, generando in tal modo una piaga lunga e difficile a guarire. In tale circostanza è meglio riporre il lembo nella sua sede naturale, favorendo la guarigione col lasciare nella parte più bassa della lesione un'apertura per la libera fuoriuscita del pus. Nè questi sono i soli suggerimenti, che l'Autore ha tramandato, ma descrive gli strumenti necessari per l'atto operativo e la maniera di usarli. Si mostra decisamente contrario al raschiamento del cranio come intervento inutile e dannoso. Secondo il Magati la suppurazione nella compagine dell'osso è causata dal sangue stravasato nelle fratture o contusioni del capo, cosicchè a motivo dell'impedita fuoriuscita del pus, questo lede le membrane sottostanti ed il cervello, provocando la morte del paziente. Ne consegue che la miglior cura è quella di creare una via libera alla secrezione purulenta, scalpellando le fessure ossee, giungendo sino al moditullio, se è interessato il solo tavolato esterno, sino alla dura madre se l'osso è incrinato in tutto il suo spessore: una fascia lasciata in posto per almeno due settimane serve a proteggere validamente la ferita. Nel caso di fessure lunghe, non occorre scalpellarle in tutto il percorso, ma solo per breve tratto, trapanandole in varii punti, badando di non intervenire in corrispondenza dei seni venosi. Il trapano non è uno strumento pericoloso per le membrane, bisogna però saperlo usare senza fare nuove lesioni o complicare le esistenti. L'esperienza d'altra parte lo prova con sicurezza.

Differente è la commozione cerebrale e la compressione di quest'organo, ma questa diagnosi differenziale è possibile soltanto dopo un diligente esame sintomatologico, il quale talora può anche riuscire insufficiente. Potrà in tal caso servire di valido sussidio l'esperienza del chirurgo.

In queste circostanze è bene investigare sulle condizioni, in cui avvenne la ferita, rivolgendo speciale attenzione alla causa della lesione (qualità e violenza dell'arma feritrice) ed allo stato della persona vulnerata specialmente riguardo all'età ed alla posizione in cui si trovava nel momento del trauma. Sommamente difficile si presenta la diagnosi, quando il paziente è fuor dei sensi e non vi sono traccie visibili di trauma sul capo.

Il Magati passa in seguito a trattare le ferite agli occhi ed alle palpebre (cap. LXI), alle guancie (cap. LXII), alle narici (cap. LXIII), alla lingua (cap. LXIV), all'ugola (cap. LXV), al midollo spinale (cap. LXVI-LXVII) ed al torace (cap. LXIX-LXXI).

In questi ultimi capitoli l'Autore distingue i segni, che caratterizzano le ferite nelle diverse parti. Nel caso di lesioni alla trachea non v'è bisogno di sutura, ma si usi una cannula perforata, la quale lasci il passaggio dell'aria e della secrezione e permetta nello stesso tempo la cicatrizzazione. Se vi è una semplice soluzione di continuo, la piaga si cicatrizzerà per mezzo di un empiastro agglutinante, che servirà a riunire i bordi. Se la ferita penetra nella cavità toracica, occorre tenerla aperta per dare la libertà di uscita ai liquidi, che vi si formano; è meglio anzi aprirla ed ingrandirla se piccola ed usare nel caso delle iniezioni (pag. 104).

In due capitoli (LXXII-LXXIII) il Magati tratta delle ferite dell'addome e della loro cura, poi passa ad esaminare le lesioni alle articolazioni (capitolo LXXIV) e per ultimo parla dell'infiammazione (cap. LXXVI-LXXVIII).

Come appendice ai due libri « De rara medicatione vulnerum » si trova nell'edizione di Venezia 1676 (ed. Hertz) alcuni capitoli sulle ferite da armi da fuoco « De vulneribus sclopo inflictis », in cui il Magati dapprima in una lunga disquisizione svolge la questione se le lesioni, prodotte da fucile, siano bruciate od avvelenate e viene nella conclusione negativa (cap. I-II). il Jourdan considerò questa dimostrazione come una grande gloria del Magati. Questi infatti attribuisce gli accidenti delle ferite delle armi da fuoco alla contusione e biasima coloro che li attribuivano alla scottatura ed al veleno.

In quanto alla cura l'Autore suggerisce un trattamento dedotto dall'osservazione e dal più solido ragionamento. Se nella lesione si presenta una quantità di tessuto sovrabbondante, questo può essere asportato con escissione o lasciato distruggere dalla suppurazione; tra i due mezzi è bene attenersi al secondo, che non toglie se non il necessario. Se vi sarà una frattura dell'osso, occorrerà guarirla. Se vi sarà nella lesione qualche corpo estraneo, bisognerà toglierlo, giacchè la sua presenza esacerba il dolore ed impedisce la guarigione della lesione. Così per allontanare la flussione e l'infiammazione imminenti sarà bene adottare un vitto speciale, valersi dell'evacuazione e provocare una rivulsione; utile sarà pure astringere le vie, per cui giunge la flussione. Se la corruzione è imminente o è già cominciata bisognerà usare quelle sostanze che hanno il potere di seccare, di assumere l'umidità, e di impedire la putrefazione e la corruzione. Se poi sopravvengono complicazioni, si deve usare del metodo comune alle complicazioni per le altre ferite (cap. III). Nel caso particolare esistendo nella ferita un corpo estraneo (proiettile) è bene estrarlo al più presto per non incorrere nel pericolo che l'infiammazione ed il dolore sopravvenienti impediscano l'operazione. Estratto il corpo estraneo, bisogna lasciare nella ferita due aperture: una per impedire l'infiammazione, l'altra onde permettere la fuoriuscita della secrezione, che opera come detergente la lesione, distruggendo il tessuto esuberante in modo che possa formarsi la nuova carne cicatriziale. Ciò fatto bisogna conservare, proteggere ed irrobustire il calore naturale, cosa che si ottiene applicando ed instillando nella ferita un rimedio suppurante e proteggendola con un tegumento. Si potrà così instillare nella ferita della trementina o semplice o mista a burro recente od anche olio di rose od altre sostanze, di cui il Magati dà alcune ricette di benefico effetto. Esaminandole si vede trattarsi in genere di medicamenti lenitivi a base di olii e di grassi (cap. IV).

* * *

La riforma del Magati, se ebbe dei fervidi seguaci, trovò pure accaniti oppositori. Fra questi Daniele Sennert, il quale nella sua « Medicina pratica » (Wurtemberg, 1634) ne fece una censura rigorosa, pretendendo che il metodo del Magati dovesse riuscire dannoso ai feriti e difendendo l'uso delle torunde ed i vecchi sistemi. Giambattista Magati, fratello di Cesare, nel « Tractatus quo rara vulnerum curatio defenditur contra Sennerthum », stampato per la prima volta in Bologna nel 1637 e posto in appendice al « De rara medicatione vulnerum » (ed. Hertz, Venezia, 1676) rispose alle critiche di Sennert. Il Sancassani (Opere, t. I, p. 163; t. III, p. 152, 278) afferma che questa risposta venne scritta dallo stesso Cesare, il quale, essendo allora cappuccino, la pubblicò sotto il nome di Giambattista; tutto ciò si trova pure confermato nella vita del Magati, scritta dal nipote Prospero (Sancassani: Opere, t. II, p. 304). Questa risposta, scritta con quella decisione e franchezza di chi è conscio della sua ragione, contiene numerosi e nuovi fatti in appoggio del metodo del Magati, il quale ne approfitta per controbattere aspramente l'opinione di Gerolamo Fabrizio Ildano, che sosteneva apertamente l'uso delle torunde.

Il Sennert venuto a conoscenza della risposta, scrisse al famoso Giovanni Veslingio allora professore in Padova, chiedendogli l'opinione al riguardo. Il Veslingio rispose con una lettera, che si legge nel Sancassani (Op., t. I, p. 164), nella quale si mostra decisamente favorevole al Magati.

Da questo tempo il metodo nuovo andò sempre più divulgandosi e fu quasi generalmente seguito in Italia, producendo nello stesso tempo la dimenticanza e l'oblio intorno al nome del Magati, che per primo lo impostò come principio scientifico. Appofittando di questa circostanza vi fu chi tentò di appropriarsene la priorità. Ottant'anni più tardi infatti Agostino Belloste di Parigi, chirurgo dell'armata francese, nella sua lunga residenza in Italia apprese il nuovo metodo di medicazione e lo spacciò come suo. Infatti nel suo libro: « Chirurgien de l'hopital » (Parigi, 1696) trascrisse esattamente il metodo e le ragioni del Magati senza però citare la fonte di provenienza. « Belloste un siècle plus tard « avait largement profité des vues de Magati,

« sans déclarer, comme il l'avait du la source « des vues nouvelles et des réformes qu'il proposait » riconosce lo stesso Dezeimeris.

A difendere la priorità del Magati sorse Dionisio Sancassani, il quale tradusse in italiano il libro del Belloste col titolo: « Il Chirone in campo » (1708), ma nelle sue note dimostrò che il chirurgo francese era un semplice plagiario del Magati, a cui rivendica l'onore della priorità del metodo. Il Belloste allora nella seconda edizione del suo libro protestò di non aver mai lette le opere del Magati, ma di aver involontariamente collimato nei suoi principii.

Sembra che di questa risposta il Sancassani sia rimasto abbastanza soddisfatto, giacchè cessò la contesa personale, pur continuando a dare alla luce dei lavori magnificanti il metodo del Magati. Nel 1713 infatti pubblicò gli « Aforismi generali della cura delle ferite col metodo del Magati ripartiti in quattro centurie » (Venezia, Hertz) lodandone la semplicità, l'importanza e l'utilità. Nello stesso anno sotto il nome del suo discepolo Antonio Boccaccini pubblicò l'opera: « Cinque disinganni chirurgici per la cura delle ferite » (Venezia, Lovisa) ripubblicati nel 1714 e 1715 coll'aggiunta di lettere del Cecchini, del Belloste, del Petrucci, del Nigrisoli, del Della Fabra, del Gatti e del Torti, tutte confermanti il vantaggio del metodo del Magati. L'apparizione di quest'opera diede luogo ad una contesa: il dott. Ruggiero Calbi di Ravenna prese a combattere i « Cinque disinganni » con alcune riflessioni stampate l'anno stesso a Ravenna. Ma la polemica proseguì quanto mai aspra colla stampa di parecchi scritti in pro e contro il metodo del Magati. Di queste opere si trova l'elenco nel Mazzucchelli (Scrittori italiani, t. II, p. III, pagina 1314), nel Ginanni (Scrittori raven., t. I, pag. 103 sg.) e nel Giornale dei Letterati d'Italia (t. XIV, p. 429, 436, ecc.; t. XVII, p. 453, ecc.; t. XX, p. 456, 463). Lo stesso Sancassani ne raccolse parecchie nelle sue « Dilucidazioni fisicomediche », nelle quali si trova di Mario Cecchini la « Bilancia fatta in Roma fra li due modi di curare le ferite comunale e del Magati », ossia il paragone fra i risultati del metodo nuovo in confronto degli antichi nella terapia delle ferite. Si trova pure un breve trattato di Alessandro Pisone: « Breve compendio dell'opinione di C. Magati intorno il medicare rare volte e senza taste le ferite ». Si può leggere inoltre una lettera di Giuseppe Maria Bacchettoni (stampata anche separatamente in Spoleto nel 1629) sul modo di medicare le ferite. Nel secondo volume si trovano altre apologie, accompagnate da casistiche probative del Sancassani e da lettere di diversi medici, tra cui il Veratti, il Paolucci, il Fridiano, il Miliario, il Capelletti.

A queste opere si contrappongono gli scritti degli oppositori del metodo e precisamente quelli, che difendono l'uso delle torunde come Paolo Gerolamo Biumi nel « Scrutinio di anatomia e di chirurgia » (Milano, 1712), Pandolfo Maraviglia confutante i « Cinque disinganni »; Fulvio Gherli nella « Centuria di rare osservazioni » (Venezia, 1719) e ne « I feriti posti in salvo... » (Padova, 1724); Giovan Battista Agnozzi in un libello si scagliò contro i fautori del Magati; Giacomo Antonio Lupi stampò nel 1721 la « Chirurgia inforzata dal provvido armamento delle taste ».

Questa serie di scritti diede luogo ad un'adeguato numero di risposte sia da parte del Sancassani sotto il nome di Arcangerelli, sia nella « Chirurgia svelata », sia da parte di altri: così all'Agnozzi rispose il Boccaccini, al Lupi lo stesso Sancassani nella « Lettera della chirurgia svelata alla chirurgia inforzata » ed Antonio Maria Fanelli in una pubblicazione di dieci osservazioni in conferma del metodo del Magati confutò le affermazioni del Lupi. Al Maraviglia rispose Domenico Cecchini difendendo i « Cinque disinganni » del Boccaccini; Santo Zarini portò il suo contributo a favore del Magati con un caso di una ferita guarita in Prato con tale metodo (Lucca, 1718). (De Renzi: *St. della med. in It.*, volume IV, pag. 494 seg.).

* * *

Questa lunga, appassionata e copiosa lotta letteraria sul metodo del Magati dimostra chiaramente l'importanza della rivoluzione recata da questa riforma, tanto più innovatrice quanto più contraria alle regole di terapia antica in un tempo, nel quale si veneravano gli antichi scrittori di cose mediche, specialmente Ippocrate, Galeno ed Avicenna. L'idolatria per questi autori, giustificata in qualche parte, giungeva a tanto che gl'inventori di nuovi strumenti o gl'iniziatori di riforme temevano quasi di essere ritenuti tali, come se in questo modo venissero ad offendere la memoria sacra dei principi della medicina. Quasi a farsi perdonare simile arditezza sia da questi ultimi, come dai loro contemporanei, essi stimarono necessario rifugiarsi dietro il nome di qualcuno dei suddetti scrittori antichi e così spesso noi assistiamo al curioso spettacolo di qualche inventore od innovatore, che riporta per la propria invenzione o per la propria riforma il pensiero di uno degli antichi, anche quando questo nulla ha a che fare colla novità riferita. Luminoso esempio di quest'idolatria per i vecchi dà il Catinaria, il quale avendo inventata la siringa (descritta sotto il nome di « strumento a clisteri ») quasi per timore che gli venga rinfacciata tale invenzione, si rifugia dietro Avicenna, mentre in questo scrittore nulla si trova che parli di un simile apparecchio.

Solo più tardi alcuni uomini eccellenti nell'arte medica incominciarono a ribellarsi a questa supina venerazione e tra essi è bene ricordare il Vesalio, il Falloppio, l'Eustacchio e Fabrizio d'Acquapendente, i quali, dettando le basi fondamentali dell'anatomia moderna, si ribellarono all'incatenante influenza degli antichi, portando in loro difesa la semplice verità, che fecero brillare.

Seguace di questi grandi nella via innovatrice è il Magati, il quale si libera dalle pastoie della credulità nella stregoneria, nell'astrologia, nella magia e simili scienze occulte per fondarsi essenzialmente sulla sua esperienza e sulle sue osservazioni. Ciò non toglie che Egli non escluda a priori il valore degli antichi, ma non bisogna mostrarsi intransigenti ed oltremodo conservatori. Il metodo antico può essere utile qualche volta, ma in genere il nuovo persenta su quello delle indiscusse superiorità. L'anima generosa ed onesta del Magati si scaglia poi con ardore contro quelli, che continuano malgrado i migliori risultati del suo sistema a valersi del metodo an-

tico, giacchè questo permette loro un più lauto guadagno, anche se coll'introduzione delle taste nelle ferite si faccia soffrire al paziente notevole dolore e si prolunghi la guarigione.

Per quanto questi conservatori si professino ammiratori e seguaci di Galeno, in pratica si dimostrano invece contrari alla sua regola che nell'arte medica ogni cosa deve esser fatta « cito, tuto et jucunde » e tutto ciò per la sola avidità di denaro.

Ben si comprende quindi che il biasimo, con cui il Magati colpiva gli errori e gli abusi commessi dai colleghi conservatori ad oltranza, non faceva che incrudire sempre più la lotta ingaggiata dall'innovatore in nome della scienza, della verità e dell'onestà. L'asprezza di questa rivalità è il più chiaro segno del valore e della grandiosità della riforma e nel contempo dell'accanita resistenza degli avversari.

Solo alla fine del secolo XVIII il metodo del Magati, dopo che anche i medici stranieri si mostrano convinti degl'indiscussi vantaggi, che presenta, riesce finalmente ad imporsi e ad essere adottato universalmente. Da allora questo sistema terapeutico viene seguito (ed in particolar modo nell'ultima guerra) comunemente, essendo ormai passate nella categoria delle antichità le « taste », le « torunde », i « piumaccioli », ecc.

Ma come spesso succede quando un metodo dura da molti anni, si dimentica il nome dell'innovatore, quasi che il ripeterlo, anzichè essere una manifestazione di ammirazione, sia piuttosto un indiscreto disturbo dato all'anima del Grande.

Ciò permise il plagio che chirurghi successivi hanno, nel caso in parola, tentato, cercando di appropriarsi la priorità di questo metodo, donde le dispute per questo primato. Il Magni (op. cit., pag. 17) attribuisce, ed a ragione, questo inconveniente alla scarsissima conoscenza da parte dei medici della storia della medicina. Egli infatti dice che « tutto questo non succederebbe se i « medici avessero un po' più di cultura storica « della loro specialità. La prima causa di tanto « danno devesi ricercare nel nostro insegnamen- « to universitario, che ha abolito la cattedra del- « la storia della medicina. Della qual cosa noi « italiani siamo maggiormente vittime più d'ogni « altro popolo, in quanto che una novità, venuta « d'oltre alpe, ci appare una nuova conquista « scientifica, mentre spesso non è che il ritorno « a fatti già scoperti per il passato in Italia ed « ampiamente discussi a quei tempi ».

Questo fatto è successo precisamente al metodo del Magati ed è, parmi, oltremodo doveroso da parte nostra riaffacciare agli occhi degli usurpatori il nome del vero innovatore della terapia delle ferite, giacchè esso è quello glorioso di un italiano.

Non bisogna dimenticare ad onor del vero che per il passato non furono soltanto italiani i rivendicatori di questa priorità al Magati, ma oltre all'Heister, al König ed all'Hunter, altri scrittori stranieri nella loro imparzialità di storici della medicina riconobbero al Chirurgo di Scandiano la paternità di questa riforma nella cura delle ferite. Credo interessante e soddisfacente il riportarne le testuali parole. Il Portal (*Hist. de l'anatomie et de la chirurgie*, t. II) ritiene il Magati come « le premier Auteur qui travaille à simplifier la chirurgie » (pag. 408) e stima che della sua opera « tous ces détails méritent un « extrème attention; nos Auteurs modernes les « proposent comme des nouveautés; qu'ils lisent « César Magatus, ils les trouveront mieux détail- « lées qu'ils les circonstancient » (pag. 410).

Lo stesso difficile Haller nel fare l'esposizione di quest'opera molto la loda e dice che nel secondo libro « praeter sua peculiaria consilia, plu- « rimas utiles adnotationes, et prudentis cura- « tionis exempla utique admiscet » e più oltre, riguardo i plagi del Belloste, riconosce al Magati ed ai chirurgi italiani la priorità dell'innovazione con queste parole: « ab iis puto viris « hausit noster (Belloste) suam in medicando « simplicitatem, et porro experiendo ejus com- « moda didicit ». Uguale riconoscimento si ha nelle parole riferite dal Dezeimeris.

Per noi italiani quindi è doveroso unirci a questo coro di constatazioni e di ammirazione, rivendicando ad un nostro connazionale l'alto onore di esser stato il primo a porre su salde basi scientifiche il nuovo sistema di terapia delle ferite, che, vincendo i secoli, dura tuttora fra noi a benefizio e sollievo dei poveri infermi.

BIBLIOGRAFIA.

BARDUZZI DOMENICO. *Manuale di st. della medicina.* Torino, Sten, 1923, vol. 2.

BELLOSTE AGOSTINO. *Le chirurgien de l'hopital.* Parigi, L. d'Houry, 1696.

ID. *Il Chirone al campo.* Trad. di SANCASSANI. Venezia, Albizzi, 1708.

BILANCIONI. *Storia della medicina.* Roma, 1920.

BIUMI GEROLAMO. *Scrutinio di anatomia e chirurgia.* Milano, Malatesta, 1712.

BOCCACCINI ANTONIO. *Cinque disinganni chirurgici per la cura delle ferite.* Venezia, Lovisa, 1713.

BORSETTI. *Hist. Gymnasii Ferrariensis.* Ferrara, Pomatelli, 1735, vol. 2.

CASTIGLIONI ARTURO. *Storia della medicina.* Milano, Unitas, 1927.

DE RENZI SALVATORE. *St. della medicina in Italia.* Napoli, Filiatre-Sebezio, 1846, vol. 5.

DEZEIMERIS J. E. *Dict. hist. de la méd. ancienne et moderne.* Parigi, Béchet, 1828-39, vol. 4.

GHERLI FULVIO. *Centuria di rare osservazioni.* Venezia, Corona, 1719.

ID. *I feriti posti in salvo.* Padova, 1724.

GINANNI PIETRO PAOLO. *Memorie storico-critiche degli scrittori ravennati.* Faenza, Archi, 1769, 2 tomi in 1 vol.

HALLER ALBERTO. *Biblioteca chirurgica.* Berna e Basilea, Haller, 1774-5, vol. 2.

ID. *Bibl. anatomica.* Tiguri, Orell, 1774-7, vol. 2.

ID. *Bibl. medicinae practicae.* Basilea, Schweisghauser, 1776-8, vol. 4.

LUPI GIACOMO ANTONIO. *Chirurgia inforzata dal provvido armamento delle taste.* Venezia, 1721.

MAGATI CESARE. *De rara medicatione vulnerum.* Venezia, De Deis, 1616; Hertz, 1676; Lipsia, 1733.

MAGATI G. B. *Considerationum medicarum quibus potiores difficultates in praxi contingentes expenduntur.* Bologna, Monti, 1637.

MAGNI EGISTO. *Cesare Magati e la sua riforma nella chirurgia.* In Boll. sc. med., Bologna, 1919, anno XC, serie IX, vol. 7, pag. 17-34.

MAZZUCCHELLI GIANMARIA. *Gli scrittori d'Italia.* Brescia, Bonini, 1758, 2 t. in 6 vol.

Portal M. *Hist. de l'anatomie et de la chirurgie.* Parigi, Didot, 1770, tomi 5.
Sancassani Dionisio. *Dilucidazioni fisico-mediche* Roma, Vaccave, 1731-8, vol. 4.
Id. *Il lume agli occhi.* Venezia, Albizzi, 1707.
Id. Trad. de « Il Chirone in campo » di Belloste. Venezia, Albizzi, 1708.
Id. *Aforismi generali della cura delle ferite col modo del Magati.* Venezia, Hertz, 1713.
Sprengel Curzio. *St. pramm. della medicina.* Firenze, Tip. della Speranza, 1841. Trad. Arrigoni, vol. 9.
Tiraboschi Gerolamo. *Bibl. modenese.* Modena, Soc. tip., 1783, vol. 6.
Zarini Santo. *Cura di una ferita con modo di Magati.* Lucca, 1718.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 25 gennaio 1930.

Presiede il Prof. V. Ascoli, presidente.

L'Accademia commemora i soci defunti proff. A. Bignami ed A. Torti (ne abbiamo già dato notizia nel fasc. 6, p. 241).

La pluralità del cosidetto "Actinomyces bovis".

Puntoni V. — Premesse alcune cognizioni storiche sull'attinomicosi, l'O. espone all'Accademia i motivi per cui egli si pose il quesito se la denominazione di *A. bovis* corrisponda ad una entità microbica specifica, oppure se piuttosto sotto questo nome si comprendano parecchie specie diverse di attinomiceti.

Dall'esame colturale di venti stipiti classificati come *A. bovis* e provenienti da Istituti di varie parti del mondo, l'O. ha potuto stabilire una straordinaria eterogeneità. Risulta dalle ricerche dell'O. che sotto il nome di *A. bovis* si sono finora classificati tutti gli stipiti provenienti da casi di attinomicosi bovina e umana, con *grani clavati*, senza troppo preoccuparsi dei loro caratteri botanici, e dei loro eventuali rapporti con gli attinomiceti ambientali descritti sotto diversi nomi.

Dei 20 stipiti di *A. bovis* esaminati dall'O., 12 risultarono identificabili con l'*A. solphureus* Gasperini, 5 con l'*A. albus* (Rossi Doria), 1 con l'*A. chromogenus* Gasperini, 1 con l'*A. albido-flavus* (Rossi-Doria), ed 1 con l'*A. caruens* (Rossi-Doria); quest'ultimo corrisponde pei caratteri alle colture ottenute dal Bostroem.

Dalle suddette ricerche è risultato pertanto che « *A. bovis* Harz 1878 » è diventato un « nome magazzino » che deve cadere, perchè non è possibile oggi sapere quale delle molte specie comprese sotto questo nome, fu osservata dall'Harz, avendo egli studiato il fungo soltanto morfologicamente.

La comunicazione è stata completata con la dimostrazione di numerose colture corrispondenti alle specie suddette di attinomiceti.

Alcuni casi di pielografia con l'uroselectan per via endovenosa.

Alessandri R. — Dopo qualche cenno storico sulla questione, l'O. espone all'Accademia le proprie osservazioni sulla pielografia eseguita mediante inoculazioni endovenose di uroselectan, e le illustra con interessanti proiezioni delle relative radiografie, che riescono oltremodo dimostrative.

L'O. si diffonde su alcuni dettagli tecnici e passa infine a trattare degli eventuali inconvenienti del metodo, dimostrando che essi sono tuttavia molto minori di quelli che possono derivare dalla pielografia eseguita mediante il cateterismo uretrale. Il metodo endovenoso ha segnatamente il vantaggio di non indurre alcuna artificiale deformazione dell'uretere e di permettere molto meglio la constatazione di eventuali anomalie.

L'Accademia si riunisce poi in seduta privata.

Il Segretario: V. Puntoni.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 3 febbraio 1930.

Presiede il Prof. Bacialli.

Tubercolosi e prime vie aeree.

Ferretti. — Espone in breve le varie forme cliniche della tubercolosi delle prime vie aeree ed accenna all'importanza che possono rivestire le vie aeree superiori sia riguardo lo stabilirsi dell'infezione tubercolare sia riguardo il suo decorso. Ricorda dati anatomo-fisiologici e patologici di dette vie aeree superiori ed espone succintamente la sindrome di insufficienza respiratoria e la sindrome di infezione respiratoria rapportandole colla tubercolosi polmonare.

Termina con un accenno sull'adenoidismo come causa predisponente all'infezione tubercolare.

Attuali direttive terapeutiche per la gravida tubercolosa.

Bacialli. — L'O. ha continuato sull'argomento della tubercolosi e gravidanza specie nei riguardi dell'interruzione di quest'ultima richiamandone i limiti e vagliandone le indicazioni.

Le malattie veneree e la sifilide a Novara nell'ultimo biennio.

Artom. — Anzitutto mette in luce l'importanza che dal punto di vista sociale e demografico hanno le malattie sessuali, ed espone sommariamente il tipo dei provvedimenti attuati nei vari stati onde evitarne il diffondersi, soffermandosi ad illustrare la legislazione italiana e specialmente il Regolamento 25 marzo 1923.

Sulla base dei risultati dell'inchiesta eseguita sui 2641 ammalati che nell'ultimo biennio frequentarono il Dispensario Celtico di Novara discute:

1) delle varie fonti di contagio confrontando a tal riguardo l'epidemiologia del grande centro industriale con quella della piccola città;

2) del valore dei vari provvedimenti profilattici adottati e specialmente dell'istituzione dei dispensari celtici, delle tessere sanitarie e dei medici visitatori delle case di meretricio.

3) dell'azione che i sifilografi e gli igienisti ancora debbono svolgere per accentuare i già grandi risultati ottenuti nel campo della profilassi e della lotta contro le malattie sessuali.

Forma rara di eritema polimorfo.

Artom. — Si tratta di un malato di 30 anni in cattive condizioni generali di nutrizione e di sanguificazione, il quale è entrato pochi giorni or

sono in Ospedale per una affezione della bocca costituita da numerose grosse bolle ancora ben evidenti ed occupanti tutta la faccia interna delle guance, il palato duro e molle e le labbra.

Le condizioni generali del malato, l'esistenza di una intensa eosinofilia (10 %) fecero in primo tempo porre la diagnosi di pemfigo; ma successivamente comparvero alle mani ed ai piedi elementi che indussero a modificare la diagnosi in quella di un semplice eritema polimorfo.

L'O. rileva la stranezza dell'inizio dell'affezione e si sofferma a trattare delle caratteristiche di essa riferendosi ad una precedente comunicazione fatta intorno ad un'epidemia ospitaliera e dei rapporti che essa presenta con altre dermopatie e con le affezioni acute generali.

Sifiloderma lupiforme esteso.

ARTOM. — Si tratta di un malato che fu per 4 anni curato come luposo e che ha una cicatrice piana occupante tutto il tronco e buona parte del viso. Alcuni elementi circinnati ed a festone esistenti al bordo della cicatrice fecero subito all'entrata del paziente in Ospedale porre la diagnosi di lue terziaria, diagnosi che venne confermata dagli esami sierologici, e dai risultati della terapia specifica.

L'O. rilevando i dati che giustificano il precedente errore diagnostico tratta delle caratteristiche differenziali cliniche esistenti tra le forme tubercolari cutanee e quelle dovute alla lue.

Le paranefriti flemmonose a decorso e eziologia insolita.

BIANCHETTI. — Riferisce quattro casi da lui osservati ed operati nei quali si poterono rilevare particolarità eziologiche e di sviluppo non del tutto frequenti.

Nei primi due casi riguardanti un ragazzo di 8 ed una donna di 22 anni il fatto era insorto in modo acutissimo senza che in alcun modo si fosse potuto identificare la porta d'entrata dello stafilococco p. aureo batteriologicamente isolato: nel ragazzo inoltre la sacca ascessuale si era estrinsecata lateralmente ed in avanti, scollando il peritoneo parietale ed i visceri (milza, colon) fino a raggiungere in avanti l'ombelico, occupando tutto l'ipocondrio sinistro, causa questa non ultima di diagnosi incerta.

Intervento e guarigione in tutti e due i pazienti.

Nel 3° caso trattavasi di un uomo di 22 anni il quale aveva anteriormente sofferto di una affezione acuta periuretrale sinistra accompagnata da ritenzione vescicale con distensione.

Dopo qualche tempo insorgenza di acuti dolori al fianco destro e formazione di un flemmone pararenale che fu operato, tecnica solita. Rapida guarigione.

Nel 4° caso l'individuo affetto da lunga data da amebiasi intestinale curata ripetutamente con scarsi risultati: in seguito formazione discretamente rapida di un vasto ascesso parareno-colico occupante tutta la loggia renale di destra.

Il pus (circa 3 litri) presentava tutti i caratteri del pus da ascesso amebico (assenza di germi con culture negative, scarsi polinucleati, abbondanti detriti necrotici, mancanza di amebe): guarigione dopo l'intervento operatorio.

L'O. fa rilevare la rarità della localizzazione amebica discutendone brevemente la probabile patogenesi.

Sui tumori della vescica urinaria.

RINALDI. — Dà alcuni cenni clinici elementari per la diagnosi e per la terapia dei tumori della vescica urinaria, riportando dalla sua attuale statistica (30 casi) quattro osservazioni tipiche corredate da numerose cistografie in serie.

Insiste sulla necessità di indirizzare tempestivamente all'urologo l'ammalato ematurico, sopratutto quando questa ematuria non è accompagnata da disuria.

I tumori vescicali benigni, i papillomi possono sempre subìre una trasformazione maligna, ma questa trasformazione è sempre preceduta da un lungo periodo in cui il trattamento alla Beer è applicabile ed il malato è guaribile.

Presenta poi un ammalato in cui il papilloma situato sul trigono e grosso come un mandarino dovette essere asportato per via transvescicale, poichè il trattamento diatermico non era possibile.

La vaccinazione antidifterica nella recente epidemia di Sesto Calende.

BONENTI. — Riferisce che nell'ottobre u. s. si sviluppò un'epidemia di difterite a Sesto Calende.

Come mezzo profilattico praticò la vaccinazione colla anatossina di Ramon a tutti gli alunni delle scuole elementari e dell'asilo infantile.

Al termine della terza iniezione non si ebbe più nessun caso di difterite tra i vaccinati, mentre fino ad oggi vi furono altri 10 casi fra i non vaccinati.

Si ottenne dunque in meno di un mese una immunizzazione attiva negli scolari vaccinati, troncando un'epidemia senza ricorrere alla chiusura delle scuole nè procedere ad altri mezzi profilattici.

Azione antianafilattica dei sali di atropina e pilocarpina.

DUC. — Ha compiuto una serie di esperienze su cavie per stabilire il ruolo esercitato dal sistema nervoso vegetativo, inibito od eccitato dai sali di atropina e pilocarpina sullo choc anafilattico e conclude:

Il solfato di atropina iniettato 1/2 ora prima della iniezione scatenante preserva dallo choc anafilattico o ne attenua o ritarda la manifestazione nel 60 % circa dei casi. Tale azione si esercita in grado sensibilmente maggiore quando si è usato come antigene l'albume d'uovo anzichè il siero di cavallo. Il cloridrato di atropina non sembra avere l'azione del solfato.

La pilocarpina farmaco ad azione antagonista non produce in modo apprezzabile un più tumultuoso svolgersi della crisi anafilattica.

Si potrebbe considerare questa come una delle tante dimostrazioni che non esiste tra sistema nervoso simpatico e parasimpatico un netto antagonismo.

Ad ogni modo, benchè molti fatti ancora sfuggono alle nostre indagini, risulta dagli esperimenti che lo choc anafilattico è influenzato dal sistema nervoso vegetativo.

Il Segretario: Dott. RINALDO RINALDI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'intradermoreazione nelle cisti da echinococco.

Alle ricerche biologiche bisogna assegnare un valore relativo, in rapporto ai dati clinici, perchè nulla di assoluto vi è in tale materia. Anche l'intradermoreazione può talora fornire un responso che non è d'accordo con la lesione clinica, come dimostrano K. D. Fairley, N. H. Fairley e F. E. Williams (*The Med. Journ. of Australia*, n. 10, sett. 1929) i quali in 87 casi in cui fu praticata l'intradermoreazione con liquido cistico filtrato ebbero un risultato positivo, mentre solo in 52 esisteva realmente una cisti da echinococco (59,8 %). Se la reazione intradermica immediata può avere un valore assoluto allorchè è negativa, non avviene così allorchè è positiva; in tali casi la reazione può non essere in rapporto con la presenza d'una cisti di echinococco.

Gli errori sono da riportare all'antigeno usato; infatti alcuni sono sensibili alle proteine del siero di montone, altri possono sensibilizzarsi all'antigeno idatideo, e mentre una prima reazione è negativa, una successiva intradermoreazione può essere positiva, senza che vi sia alcuna cisti. S'impone quindi la necessità di provare l'antigeno usato su persone sicuramente immuni di cisti idatidee. Inoltre se la prova deve essere ripetuta, bisogna badare a farla molto distante dalla prima, e nei casi dubbi, bisogna tener conto della grandezza dell'alone di arrossamento. La prova positiva precoce non ha alcun valore, se anche la prova di controllo con siero fisiologico è positiva.

Si può invece considerare specifica la prova allorchè non vi è sensibilizzazione del malato per le proteine dell'antigeno e non esistono elminti. La sifilide, l'asma, l'orticaria, il prurito cutaneo possono falsare il risultato della prova.

È consigliabile usare quindi degli antigeni standardizzati, i quali evitano quelle cause di errore che si hanno con un antigeno comune.

CARUSI.

La R. W. nella metalues e nella sifilide cerebrospinale.

Considerando i risultati sierologici che si ottengono nella lues del sistema nervoso centrale, Konne aveva asserito che la clinica deve restare sempre come guida per una diagnosi; le perfezionate ricerche sul liquido cefalo-rachidiano ci possono fornire soltanto degli elementi — talora preziosi — per una diagnosi differenziale, la quale è sempre sottoposta alla sintomatologia clinica.

Non è dello stesso parere J. Fritsche (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, vol. 86, f. 1) la quale, in opposizione a quanto avrebbe riscontrato Konne, ha trovato che la reazione di Wassermann è positiva nel sangue nella percentuale dell'82.2 % in casi di paralisi progressiva, del 59 % nella tabe dorsale e del 71% nella sifilide cerebrale.

La stessa reazione eseguita sul liquido cerebro-spinale ha dato le seguenti percentuali: par. progr. 90.9 %; tabe dorsale 66.7 %; sifilide cerebrale 90 %.

CARUSI.

CASISTICA.

La pirosi abituale e la ripienezza di stomaco.

Dopo un breve riassunto sui lavori precedenti che si sono occupati di questo argomento, J. Pal (*Medizinische Klinik*, n. 47, 1929), viene subito a parlare della pirosi; essa consiste in un senso di bruciore a livello del cardias, è quindi una manifestazione esofagea; essa può irradiarsi alle spalle, al dorso, nel campo del trigemino, e tali irradiazioni possono precedere la comparsa della vera pirosi.

Non si deve confondere la pirosi col « brucior di stomaco » che spesso la precede e, ad ogni modo, ne va differenziato; essa è più frequente nell'uomo che nella donna, e sembra in rapporto con la posizione dello stomaco che, nell'uomo, è generalmente orizzontale; non si ha mai a stomaco vuoto e compare appunto quando il contenuto dello stomaco risale al cardias.

Chi soffre di pirosi soffre anche di eruttazioni, ciò è stato messo bene in evidenza; e queste sono da mettersi in relazione con il riempimento dello stomaco con aria, « aerofagia »; l'ingestione di aria, a lungo andare, finisce per determinare dei danni e sopratutto una distensione delle vie digerenti, e del cardias, il cardias diviene ipotonico; la ipotonia del cardias non è però una complicazione costante della pirosi.

Una piccola quantità di cibo basta per determinare la pirosi, la mucosa dello stomaco è sensibile, il cardias si chiude spasticamente; l'impiego di anestetici o di spasmolitici sopprime la pirosi. Il comportamento del contenuto gastrico e della sua acidità è di pochissima importanza per il determinismo della pirosi, quello del cardias è invece decisivo; anche il tono della muscolatura ha il suo valore, giacchè in uno stomaco ipotonico il contenuto non sale sino al cardias; e infatti la pirosi manca in tutti i processi febbrili in cui il tono della muscolare liscia è abbassato. Non esiste alcun rapporto tra la pirosi e la stitichezza.

Assai vicino alla pirosi è il senso di ripienezza dello stomaco, che va distinto da quello di sazietà e che dipende da uno stimolo che parte dal contenuto gastrico e talora è di origine nervosa; in questo caso la nitroglicerina,

per via perlinguale, lo fa rapidamente scomparire. Anche questa sensazione di ripienezza è in rapporto con un difetto di funzione del cardias e precisamente con una sua incompleta chiusura dipendente da una inibizione tossica della musculatura dello stomaco e che porta alla pneumatosi; essa può aversi indipendentemente dall'ingestione di cibo e essere prodotta solo da momenti psichici.

Le sensazioni estremamente penose che assalgono sovente le persone di una certa età dopo i pasti, che la obbligano a fermarsi, che simulano un attacco di angina, dal Wenchebach battezzate « angina abdominis », che possono precedere un vero e proprio attacco di angina di petto e che, infine, cedono alla nitroglicerina, sono da riportarsi ad una inibizione tossica e rialzamento del diaframma sopratutto a sinistra, in stretto rapporto con la inibizione tossica della musculatura dello stomaco che, a sua volta, è il fondamento della sensazione di ripienezza.

Quindi la pirosi, il senso di ripienezza, la pneumatosi e la inibizione del diaframma sono intimamente connessi tra loro; si tratta in realtà di varii gradi dello stesso disturbo, ma lo stesso paziente può averli tutti con il passar del tempo.

La terapia deve tendere anzitutto a combattere l'eccitabilità della mucosa dello stomaco e lo spasmo della musculatura; l'uso del bicarbonato di sodio, così diffuso in pratica, è assai dannoso per l'alto sviluppo di gas che provoca, ed è inoltre inutile perchè l'acidità del succo gastrico non è affatto la causa della pirosi; la noce moscata è apparsa all'esperienza dell'A. come il medicamento da preferirsi, per l'azione neutralizzante del suo olio. La somministrazione va fatta mezz'ora prima dei pasti.

La buona masticazione e la dieta adatta sono i complementi necessari della cura medicamentosa; si riesce così ad ottenere la iposensibilità della mucosa dello stomaco, la distensione del piloro e l'agevolazione del passaggio del cibo attraverso il piloro.

V. SERRA.

Il colon destro mobile.

La mobilità del colon si osserva nel 20 % delle persone; può essere estesa a tutto il colon destro o interessare solo il cieco. La mobilità del colon non costituisce di per sè una malattia, ma può dare dei disturbi, che sono più frequenti nelle donne giovani. Secondo gli autori inglesi il meccanismo di questi disturbi è sopratutto dovuto all'azione della gravità. Ma anche l'intervento di germi che prendono fissa dimora nel cieco può avere importanza.

I sintomi sono vari: il tipo più comune è il dolore al quadrante inferiore destro; spesso domina il quadro una sindrome gastrica; a volte i sintomi simulano una colica epatica o renale. Spesso prevalgono sintomi di astenia, di psiconeurosi.

Col colon mobile si osserva l'esistenza di un legamento nefrocolico, che normalmente non esiste. Nonostante i lavori di Coffey e di Lane-Houston (*The Journal of the American Medical Association*, 7-9-1929), era rimasto contrario a interventi chirurgici nei disturbi da coloptosi e curava i suoi ammalati coll'alimentazione forzata, il decubito dopo il pasto; ma i risultati non erano tutti buoni e allora egli si decise alla cura chirurgica.

Nella clinica dell'A. furono fatte 145 colopessi, solo in piccola parte in malati con colon mobile. La mortalità operatoria fu nulla. Complessivamente i risultati furono soddisfacenti. Alcuni malati, specialmente quelli che avevano sintomi simulanti l'appendicite cronica, guarirono immediatamente dai dolori. Per lo più i sintomi dispeptici scompaiono, i dolori simulanti malattie della cistifellea o del duodeno si diradano, l'astenia si combatte meglio.

Nella discussione che seguì questa comunicazione fatta alla Sezione di medicina pratica della 80ª riunione annua dell'American Medical Association a Portland, Einhorn espresse parere nettamente contrario agli interventi chirurgici nelle ptosi renali e del colon.

R. LUSENA.

La diverticulosi del crasso.

H. Heinrich Berg (*Deut. med. Woch.*, 1929, n. 28) ricorda che i diverticoli del crasso (specialmente in corrispondenza della flessura sigmoidea) sono molto frequenti particolarmente negli individui grassi e di età avanzata.

Anatomicamente, si tratta di estroflessioni simili ad ernie dell'intestino, nei punti di penetrazione dei vasi ed in quelli da cui partono le appendici epiploiche ed all'interno di queste. I sacculi sono raramente più grossi di un pisello; possono però presentare un peduncolo di 1-2 cm. e sono costituiti dagli strati assottigliati della mucosa, della sottomucosa e della sierosa e, quando si trovano nelle appendici epiploiche, anche di grasso.

Nella metà e più dei casi, non si hanno sintomi e spesso la dimostrazione delle diverticulosi è un reperto senza importanza. Se però, si ha ritenzione di contenuto intestinale (più di rado un corpo estraneo — nocciolo di frutta —) si può avere come conseguenza l'infiammazione e la produzione di disturbi e quadri morbosi che vanno da lievi perturbamenti della defecazione a gravi stati peritonitici.

L'infiammazione del diverticolo — diverticolite — dà luogo ad infiammazione della mucosa, con successiva infiammazione della sierosa di rivestimento e degli strati vicini della parete dell'intestino, sicchè si può avere formazione di ascessi, gangrena, erosione di vasi, perforazione, fistole diverse. Più spesso che ad una perforazione acuta, si arriva alla formazione di ascessi pericolitici e di tumori infiammatori, di cui il reperto varia col grado dell'infiammazione. Talora questi tumori

pericolitici, eventualmente accompagnati da emorragie e da stenosi, destano il sospetto di carcinoma.

La diagnosi può essere fatta quasi esclusivamente con l'esame radiologico. La cura conservativa dà i migliori risultati, salvo eventuali interventi per fistole, perforazioni, ascessi e simili. *fil.*

Le periviscerití digestive.

Credono taluni che la diagnosi di periviscerite sia unicamente basata sulla radiologia. P. Pages invece (*Arch. Soc. Sc. Méd. Montpellier*, 1929, n. 7), osserva che, sebbene la radiologia abbia un'importanza di primo ordine, si può in molti casi arrivare con la clinica a sospettare, se non ad affermare la diagnosi.

Gli individui con perivisceriti possono schematicamente dividersi in:

1) *Algici*, con dolori in punti variabili, in cui la parete oppone alla mano che palpa una contrattura di difesa. Il problema si riduce a fare la diagnosi di celialgia ed a decidere se questa è primitiva (tabe, siringomielia), o secondaria a lesioni vascolari (aortite addominale, ectasia), a compressioni nervose (morbo di Pott, tumore midollare), a lesioni viscerali diverse (appendicite, colecistite, ulcera, cancro). Due caratteri meritano pertanto di richiamare l'attenzione.

a) I dolori di cui la topografia fa esitare fra due o più lesioni viscerali locali fanno sospettare che si tratti di periviscerite.

b) I dolori provocati da alcune manovre e che realizzano l'allungamento dei plessi addominali (come lo stiramento del tronco o l'elevamento del braccio) depongono in favore di una periviscerite.

2) *Dispeptici* atonici od ipercloridrici. Oppure individui con costipazione tenace, che si accompagna a stasi cecale, oppure con sindrome di colite ulcero-membranosa.

3) *Tipi misti*. Dolori e disturbi dispeptici si associano in modo vario.

Importante è lo stato mentale degli individui con perivisceriti (disturbi nervosi che molti autori considerano come complicazione mentre, data la loro frequenza vanno ritenuti come sintomi abituali). L'A. segnala, a tale proposito, l'astenia, le sensazioni anormali nella regione precordiale, che vanno fino all'angoscia, l'insonnia ed una certa tendenza all'ossessione ed alle fobie. L'accentuazione dei fenomeni depressivi deve fare sollecitare l'intervento nelle perivisceriti di origine chirurgica.

Per quanto riguarda l'etiologia, la tubercolosi ha una parte importante; vengono in seguito, la tifoide, la sifilide, la malaria.

Oltre ai diversi regimi indicati secondo i casi, si consiglierà la cura medicamentosa (belladonna ed atropina negli spasmi), e medicazione lassativa o costipante secondo i casi.

Le algie saranno curate con la diatermia e con i rimedi antineuralgici.

Lo stato generale, spesso deficiente reclamerà la poliradioterapia (raggi infrarossi, ultravioletti, X), l'elioterapia, la vita all'aria libera, ecc.

Utile anche la cura termominerale. *fil.*

TERAPIA.

Il trattamento delle sindromi anemiche.

J. Carles (*XX Congresso francese di medicina*, Montpellier, 1929) osserva che il *ferro* costituisce il medicamento classico, di scelta nella clorosi; dà ancora buoni risultati nella anemia saturnina, nelle mestruazioni troppo abbondanti delle giovanette, nelle epistassi ripetute degli anemici, nelle anemie emolitiche e nell'anemia ferripriva del poppante. Si deve però tener presente che alcuni pazienti non lo sopportano, che esso stanca lo stomaco, determina costipazione e può risvegliare la «diatesi tubercolosa» (*sic*). Esso agisce come un fermento, stimola le ossidazioni, attiva la combustione dei carboidrati e rende, quindi, la nutrizione più perfetta. Insiste sulla somministrazione prolungata delle dosi deboli, preferibili a quelle elevate che determinano presto l'intolleranza gastro-intestinale.

L'arsenico è da usarsi specialmente nelle anemie medie, di origine tubercolare o consecutive ad infezione generale, a cattiva igiene, a disturbi digestivi, di origine palustre o sifilitica; si sono ottenute con esso delle remissioni importanti nelle anemie perniciose. Lo si dà in forma di preparati minerali od organici. In questo modo di trattamento delle anemie, sembra che l'arsenico dissimulato sotto forma organica, abbia perduto le sue proprietà farmacologiche, insieme con la tossicità. Il vecchio tipo di preparato minerale, a dosi deboli e refratte, con periodi di sospensione tanto più lunghi quanto più lungo è stato l'uso, sarebbe quello da preferirsi.

L'*ossigeno* è un agente di ricostituzione potente in tutte le anemie; la vita all'aria aperta pura, costituisce un'ottima ossigeno-terapia naturale; possono anche usarsi le inalazioni e le iniezioni sottocutanee.

L'A. considera inoltre il manganese, la colesterina, le lecitine, il vanadio (che ha l'inconveniente di essere molto tossico) ecc.

Il *trattamento fisioterapico* comporta l'uso della radioterapia, del radio, del torio, dei raggi ultravioletti. Questi ultimi sono da preferirsi per combattere l'anemia dei rachitici, quella postemorragica, dei convalescenti, delle sindromi endocrine, della tubercolosi chirurgica. Le anemie neoplasiche, quelle della malaria e della tubercolosi medica risentono piuttosto l'effetto dei raggi X; invece in quelle criptogenetiche (tipo pernicioso) sono utili il torio X ed il radio.

Qualunque sia il tipo prescelto, è importante usare sempre delle piccole dosi, che sono eccitanti degli organi emopoietici e capaci di

migliorare lo stato del sangue. Le dosi forti sono invece distruttrici e pericolosissime. Ogni trattamento fisioterapico va controllato con l'esame sistematico e ripetuto del sangue.

Trattamento idrologico. Le acque minerali radioattive e « viventi » agiscono con dosi minime di medicamenti; è necessario che la cura si faccia sul posto.

Trattamento climatico. Il clima di notevole altitudine è specialmente attivo e conveniente per la clorosi, l'anemia postinfettiva, pretubercolare o malarica. Quelli di media altezzza (500-800 metri) hanno un'azione più tonica che eccitante, non hanno controindicazioni. I climi marittimi, stimolanti ed eccitanti, provocano un rinnovamento molecolare generale con aumento delle emazie e dell'emoglobina. Tutti gli anemici capaci di reagire ne avranno notevole vantaggio. Invece tutti i malati eccitabili, febbricitanti, cachettici, cardiopatici, tutti i tubercolosi, tutti quelli che consumano più che non assimilino ne vanno scartati.

fil.

Limiti e possibilità dell'epatoterapia.

La scoperta della cura epatica nelle anemie perniciose ed i notevoli successi vantati nei casi trattati, aveva fatto sorgere la speranza che tale malattia potesse essere finalmente debellata. Tuttavia gl'insuccessi che seguirono ai primi entusiasmi hanno diminuito le speranze e fatto segnare i limiti e le possibilità che può offrire l'epatoterapia nell'anemia tipo Biermer.

R. Seyderhelm (*Deut. med. Woch.*, n. 41, ott. 1929) enumera tali possibilità.

1) Un insuccesso si può avere per una insufficiente somministrazione di fegato, il che spesso avviene per il disgusto che tale alimento provoca negli ammalati. Inoltre è difficile poter precisare la dose sufficiente; ed anche la quantità di gr. 120-240, suggerita da Minot e Murchy, talora non basta.

L'A. s'è servito d'un estratto epatico; ma per ottenere un miglioramento, e veder comparire i reticolociti in circolo, ha dovuto somministrarne una dose molto superiore a quella indicata sul preparato. Un criterio in tale somministrazione è dato più che dall'esame batteriologico, dall'esame delle urine, in quanto la utilità della terapia si associa alla scomparsa dell'urobilina, a cui segue immediatamente la modificazione della crasi sanguigna. In qualche caso per ottenere un miglioramento fu necessario somministrare una quantità di estratto corrispondente a gr. 1200 di fegato.

L'esame frequente delle urine permette di poter stabilire la dose di estratto da somministrare, e la sua quantità.

2) La complicazione d'un carcinoma rende vani gli effetti dell'epatoterapia.

3) Le complicazioni nervose che si associano all'anemia non sono influenzate da tale terapia; anzi l'A. ha potuto notare l'insorgenza di forme nervose latenti, allorchè la crasi sanguigna migliorava col trattamento.

In un caso i disturbi nervosi diventarono gravi, e si ebbe la morte con una sindrome grave d'intossicazione: mielo-encefalo-tossicosi.

4) Le complicazioni infettive nel corso dell'anemia rendono inutile la somministrazione del fegato, e spesso impongono l'aumento della dose di fegato con un meccanismo simile a quello che si può notare coll'insulina nel diabete.

CARUSI.

Nuove osservazioni sull'epatoterapia nell'anemia perniciosa.

All'osservazione dei primi 39 casi, V. Schilling (*Deut. mediz. Woch.*, n. 41, ott. 1929) aggiunge quelle di altri 80 malati di anemia tipo Biermer, curati con l'epatoterapia.

A tutti gli ammalati è stato somministrato fegato di vitello; di essi 50 ebbero una guarigione relativa; i globuli rossi oltrepassarono i 4 milioni; 20 migliorarono relativamente con una cifra globulare che variò tra 2 e 4 milioni, ma con tendenza all'aumento; in un caso non fu possibile far aumentare gli eritrociti oltre i 4 milioni, malgrado la cura prolungata; in 5 casi non si ebbe alcun beneficio dall'epatoterapia; in 4 la cura è iniziata da poco.

Di tutti questi ammalati, 14 erano stati già sottoposti a cura epatica, e presentavano una ricaduta, in seguito alla sospensione della cura; la ripresa della terapia, produsse un rapido miglioramento. Dei malati 6 morirono, ma non per l'anemia perniciosa, nè presentavano note di anemia al momento del decesso; in 2 autopsie mancava ogni segno di anemia.

L'epatoterapia s'è mostrata insufficiente nei casi di anemia perniciosa complicata ad altre malattie; così pure le anemie nei vecchi non reagiscono validamente alla somministrazione di fegato. Spesso però gl'insuccessi di tale cura sono legati ad una irrazionale somministrazione del fegato, primo fra tutti l'uso degli estratti, in luogo del fegato fresco.

CARUSI.

La terapia emopoietica degli stati anemici.

E. Dotti (*Rinascenza medica*, 15 novembre e 1 dicembre 1929) riporta l'osservazione di 15 casi di anemie, di cui 5 con malaria cronica, 2 in grave stato anemico in rapporto a pregressa malaria, 5 con malattie varie ed anemia di origine malarica e 3 di anemia semplice. In tutti usò un noto siero emopoietico del commercio, sotto forma di fiale per iniezioni sottocute e di sciroppo. Ne ottenne un buon effetto terapeutico, che si è esplicato soprattutto sui globuli rossi, di cui si è avuto un aumento assai notevole; così pure, ma non sempre parallelamente all'aumento delle emazie, vennero aumentando la emoglobina e la resistenza globulare. Poca o punta azione si

osservò sui globuli bianchi; si ebbe inoltre diminuzione del tempo di coagulazione, il che fa ritenere che tale siero abbia anche azione sulle piastrine.

L'azione del preparato si è anche dimostrata efficace per l'aumento dell'appetito e del peso corporeo, nonchè per lo stimolo esercitato sulla innervazione in genere, il che porta un elevamento del tono circolatorio.

L'A. ricorda le note esperienze di Carnot e Deflandre, secondo le quali, nel siero di cavallo salassato si troverebbe una speciale sostanza (emopoietina) dotata della proprietà di riattivare la rigenerazione del sangue. Tale siero emopoietico provocherebbe l'iperglobulia negli individui in cui viene iniettato; esso viene bene tollerato ed, anche per iniezioni, non determinerebbe, a giudicare dall'esperienza dell'A., nessun disturbo di ordine anafilattico.

fil.

VARIA.

La vanità.

L. Battistelli, il noto autore de *La bugia,* ha pubblicato un altro saggio psicologico (1). Con lo stesso metodo, con lo stesso stile, che hanno fatto tanto apprezzare il precedente lavoro egli tratta della vanità, il peccato cui nessun essere, dall'animale di infimo ordine all'uomo di genio si sottrae.

Ne studia la genesi riallacciandola all'istinto sessuale. La vanità è una necessità della seduzione. In tutti gli animali la vistosità delle forme, lo splendore dei colori, l'ebbrezza dei profumi, la lusinga del canto, la morbidezza stessa dei tegumenti non sono che accorgimenti e artifici della natura per favorire l'accoppiamento dei sessi ed assicurare così la riproduzione.

L'uomo adopera tutti questi mezzi per lo stesso scopo e dove la natura fa difetto soccorre con l'artificio. Lo sfoggio degli abiti, l'uso dei profumi, il linguaggio fiorito e la musica, la cura della persona sono tutti espedienti che l'uomo adopera più o meno consapevolmente per impressionare favorevolmente ed attrarre la donna, e viceversa.

Con l'evolversi della psiche, con l'incremento della civiltà l'uomo, pur non rinunciando a questa vanità sensoriale, l'ha in parte spiritualizzata. Ha sublimato quest'istinto e l'ha anche in parte spostato verso altri scopi. Egli tenta di attrarre l'individuo di sesso opposto con le piacevoli impressioni sensoriali, ma anche con le sue qualità intellettive e morali, con l'intelligenza, la cultura, la bontà, il coraggio.

Men curante delle forme esteriori tiene invece ad interessare la donna mediante le singolari doti dell'animo. D'altra parte non è più solo il bisogno sessuale che lo spinge ad apparire, ma necessità più immediate ed inerenti alla convivenza sociale, necessità dell'esistenza e desiderio di prevalere.

Da questa concezione positivista sulla genesi della vanità deriva che non sempre il mettere in mostra le proprie qualità sia fisiche che morali, il far pompa dei propri meriti per richiamare sopra di sè l'altrui attenzione, quelle molteplici e varie manifestazioni insomma che vanno sotto il nome di vanità, debbono essere considerate come atti moralmente condannabili; ma che per lo meno fino ad un certo punto, fino a che cioè non si entra nel campo dell'eccesso, esse sono naturali e necessarie, imposte da un'esigenza biologica, che fa capo al supremo principio della lotta per l'esistenza.

I costumi dei selvaggi dimostrano come il sentimento della vanità sia stato prepotente anche nell'uomo primitivo. La storia degli antichi popoli, quella del medio evo, del rinascimento, dei tempi moderni prova che la vanità abbia sempre e dovunque dominato. Con il progredire della civiltà si affina il gusto estetico, cresce la smania dell'adornamento e della cura della persona. Già presso popoli di civiltà remotissima i grandi dignitari e le donne usavano avere segni di distinzione, gioielli, monili, abiti sfarzosi. L'Egitto è stato maestro anche nell'arte di produrre e lanciare profumi, cosmetici, saponi, colori. Nella Grecia questa tendenza sembra meno accentuata solo perchè lo squisito gusto artistico li induceva ad abbigliamenti più semplici, meno fastosi ma non per questo meno vanitosi. Roma, specie dopo la distruzione di Cartagine e la conquista dell'Oriente, fu pervasa dal lusso smodato. Al riguardo gli eccessi degli imperatori, eccessi che andavano fino alla stravaganza ed alla crudeltà, sono ben noti.

Nel medio evo sotto l'influsso del cristianesimo l'abbigliamento della persona fu meno curato, e parve che per un certo tempo il sentimento della vanità fosse soddisfatto in senso opposto. Divenne quasi un'ostentazione la povertà del vestire e la trascuratezza della persona.

Ma con il miglioramento delle condizioni economiche, legato sopratutto alla scoperta del nuovo continente, le cose ripresero l'antico e naturale loro ritmo. Dall'epoca della rinascenza fino ai giorni nostri non è stata che una gara fra uomini e donne per elevare il tono del lusso e per secondare i capricci della moda, folle e mutevole sempre, in armonia con le tendenze dei tempi: con il 600 convenzionale e falso, con il 700 incipriato e vezzeggiante nei madrigali come tra il guardinfante e la parrucca, con l'800 austero e sognante, con il 900 portentoso per i progressi della tecnica e tormentoso per la guerra mondiale. Questa parentesi terribilmente dolorosa fu seguìta da una vivace riscossa del lusso al

---

(1) L. BATTISTELLI. *La Vanità.* Editore Laterza, Bari.

quale si abbandonarono con non frenata vanità sopratutto i nuovi ricchi.

Il sentimento della vanità non si estrinseca solo nello sfarzo e nel lusso, ma si riconnette a tutte le manifestazioni della vita che possono fare eccellere. L'uomo ha sempre e dovunque sentito la voluttà della stima e della lode pei pregi insignificanti o di cui non si ha alcun merito come la ricchezza, la nobiltà, la bellezza. Non esiste forma di attività in cui l'uomo non cerchi di emergere, di apparire più di quel che è, di valorizzare il proprio merito per conseguire la lode o il premio, per cattivarsi la simpatia o la stima altrui.

Dalle pretenziose eleganze dell'efebo moderno, che tiene ad occupare il primo posto nell'olimpo della moda, alle ridicole audacie di chi già innanzi negli anni ostenta atteggiamenti e foggie giovanili; dall'inconscia fatuità di certi temperamenti espansivi, alla meditata e fredda speculazione di taluni che da insignificanti episodi riescono spesso ad accattare la notorietà del nome o il credito politico; dalla irrequieta smania di chi, consapevole del proprio valore, vuole ad ogni costo salire, alla silente posa pretenziosa dell'ignorante; dalle ansie mal dissimulate di un'onorificenza lungamente attesa, alla cupidigia dell'applauso o dal battimano pagato; dall'esibizionismo della carità mondana all'ostentazione del delinquente è un campo sterminato dove tutto è vanità, nient'altro che vanità, solo vanità.

Di questo peccato non va esente nessuno. Ne sono tarati anche uomini d'intelletto superiore, di moralità ineccepibile, le cui opere li mettono al primo piano della scena della vita, anche all'infuori di ogni loro desiderio di mettersi in evidenza.

Il Battistelli ne indica molti esempi. Scrive lungamente della non dissimulata vanità di Cicerone, che si raccomanda umilmente a tutti perchè mettano in luce le sue benemerenze, che raccatta la lode, che soffre perchè non si vede preso in considerazione; di Alessandro Magno del quale Tito Livio ricorda il fastoso cangiamento delle vesti, le cercate adulazioni, la vanità di mentire la stirpe; di Napoleone che conversando con Goethe gli mostra velatamente il desiderio di essere il protagonista di una sua opera; di Byron che ardeva della sete di gloria; di Rossini che inviava lettere alla madre con questo indirizzo: « Alla Signora Rossini, madre del celebre Maestro, Bologna ».

A molti episodi accenna il Battistelli che mettono in evidenza la vanità dei grandi uomini. Con molto senso di opportunità tralascia di parlare dei contemporanei, che pure forniscono alla nostra esperienza attuale la prova sicura che nessuno va esente dal peccato della vanità. Tutti sanno di musicisti che sollecitano l'applauso e lo vogliono abbondante, di poeti che cercano suggestionare la storia con anticipazioni di giudizi che sono tanto più ridicoli quanto più autoincensativi.

La vanità esagerata sembra ed è talvolta espressione di ingenuità, ed è per ciò che sorprende più in individui intellettualmente superiori. Questi sono tanto convinti della superiorità delle loro opere, che non ne temono la minorazione quando siano esibite non a proposito o lodate oltre il merito.

Vero è che molti scaltri adoperano l'autoelogio o sollecitano l'elogio altrui consapevolmente per valorizzare ed imporre l'opera loro. Molte volte l'atto vanitoso raggiunge il suo scopo per suggestione. Gli artisti, specie della scena, gli oratori sacri e profani, i conferenzieri, gli accademici sfruttano mirabilmente la suggestibilità delle folle con una larga pubblicità, con l'addobbo del luogo dove avviene la cerimonia, con virtuosità dialettiche e frasi di bello stile. La suggestione delle folle è impossibile senza la suggestione vanitosa, vale a dire senza stimoli che abbiano una certa grandiosità, capacità di esaltare l'importanza della cerimonia e della persona ad essa proposta, la quale non sempre è di pari altezza.

Se la vanità ha una funzione biologica col concorrere ad assicurare la perpetuità della specie, non si può rispettivamente negare che essa abbia una importanza sociale. La vanità è un peccato che può riuscire utile non solo per chi la pratica, ma anche per chi la sperimenta.

Dal punto di vista estetico la vanità del lusso mentre da una parte soddisfa l'amor proprio di chi l'esercita, d'altra parte può essere fonte di godimento per il pubblico.

Senza la vanità dei grandi d'un tempo, oggi non sarebbero i palazzi sontuosi, le ville magnifiche la cui vista costituisce il godimento di tutti.

Le grandi opere d'arte non furono forse prodotte per il senso di vanità dell'artista, per assicurarsi l'ammirazione dei contemporanei e dei posteri?

La stessa vanità del lusso, la moda con i suoi capricci, non costituisce forse un fattore per la miglior cura della persona, e per rendere più gradevole a tutti l'ambiente fisico sociale?

« Certo è che la vanità è tale una forza, senza cui all'uomo verrebbe meno un potente stimolo e forse, la civiltà non andrebbe innanzi, nè fiorirebbero molte opere buone ». Con queste parole il Battistelli termina il suo pregevole lavoro, che si legge tutto d'un fiato per la chiarezza ed il brio della forma, per la dovizia delle illustrazioni aneddotiche.

Egli si augura una umanità più evoluta, alleggerita del pesante fardello degli atavismi, spogliata anche di questa scoria, che è la vanità, sicchè all'uomo dell'avvenire, cui l'atto vanitoso più non sia necessario per le sue conquiste, essa possa apparire non altro che un fossile psicologico.

Ma senza vanità l'uomo sarebbe uomo?

Senza la vanità la vita sarebbe meno gioconda, forse.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

VIII. - Licenziamento per limiti di età.

Il Ministero dell'Interno (Direzione generale della Sanità pubblica), con circolare 13 novembre 1929 n. 20400, ha dichiarato illegittima la disposizione del capitolato che stabilisce *un limite di età* o di servizio per il licenziamento dei sanitari condotti.

Questa risoluzione, giuridicamente corretta, è molto importante ed è opportuna. La controversia alla quale si riferisce è nota: tuttavia non è inutile riassumerla brevemente.

Il Consiglio di Stato ha sempre ritenuto illegittimo il licenziamento deliberato, sia pure con forma di collocamento a riposo, soltanto per limiti di età e di servizio. È stata però ritenuta valida la disposizione del capitolato che questi limiti stabilisca.

La prima risoluzione netta, in tal senso, è relativamente recente. Il Comune di Bronte inserì nel capitolato una disposizione che limitava la durata del rapporto di impiego del medico condotto e, applicandola, licenziò il dott. Saitta. Il Consiglio di Stato, con decisione 29 dicembre 1927, dichiarò valida questa disposizione del capitolato e riaffermò poi la stessa risoluzione con decisione 26 luglio 1929 n. 477, ric. Leonardi. È da notare che, nel secondo caso, il ricorso era diretto contro un provvedimento del Ministero, in sede gerarchica, conforme alla giurisprudenza della V Sezione.

Sostenni, nell'uno e nell'altro caso, che il Comune, come non poteva licenziare il sanitario condotto soltanto per limiti di età o per durata del servizio, essendo escluso dalla legge questo potere discrezionale, così non poteva attribuirsi, con norma del capitolato, una facoltà che non deriva dalla legge ed è in contrasto con l'ordinamento giuridico della stabilità, così come è regolato per i sanitari condotti. Le ragioni principali di questa tesi si possono riassumere così.

La legge, con disposizione imperativa — la quale è perciò efficace anche contro la volontà concorde delle parti — stabilisce che, compiuti due anni di prova, il rapporto d'impiego diviene stabile, cioè, *per sua efficacia giuridica potenziale, è destinato a permanere* sino a quando non si verifichi una causa legittima di estinzione.

La determinazione preventiva di una durata massima è in contrasto con la stabilità, perchè stabilisce un limite di tempo, che è in antitesi con la efficacia per tempo indefinito. Soltanto la legge può limitare gli effetti della stabilità, perchè è la legge che la stabilisce e la impone.

Presupposto del potere regolamentare è la discrezionalità, cioè la facoltà della pubblica amministrazione di determinarsi con criteri suoi, per stabilire la norma che ritenga più idonea ad una situazione di fatto o ad una relazione giuridica.

Ma se il rapporto d'impiego è *stabile*, per volontà di legge, e se questa non ne limita la durata, la discrezionalità del Comune, per questo effetto, è esclusa. Qualsiasi norma del regolamento locale che vulnerasse la *stabilità*, così intesa e giuridicamente ordinata, sarebbe contraria alla legge perchè invaderebbe, in contrasto con essa, un campo che è dalla legge dominato *compiutamente;* infatti, sono anche specificate le cause che possono far cessare il rapporto d'impiego per volontà unilaterale del Comune: motivi disciplinari, incompatibilità, inabilità fisica.

L'ordinamento è completo e domina il vincolo dal momento in cui si perfeziona sino alla cessazione e sottrae al Comune qualsiasi discrezionalità fuori del campo di applicazione della norma di legge. È considerata causa legittima di risoluzione la *inabilità, accertata* con determinate forme: cioè uno stato di fatto incompatibile con le esigenze dell'esercizio del pubblico ufficio. L'età e la durata del servizio stabiliscono un limite di tempo e non sono indice assoluto di inabilità; possono costituire, in certi casi, un elemento di presunzione: ma la legge considera la inabilità effettiva e non semplicemente presunta. Quindi, anche da questo punto di vista, la determinazione di un limite di età è in contrasto con la disposizione che ritiene invece causa legittima la inabilità accertata.

Il Consiglio di Stato ha ritenuto che il potere di determinazione del Comune risulti dall'art. 43 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, il quale dispone che uno speciale regolamento... approvato dalla G. P. A.... indica il numero delle condotte... e provvede intorno allo stato giuridico del personale sanitario *in analogia* a quanto è disposto dall'art. 47 del R. D. di pari data relativo alla riforma degli ordinamenti amministrativi provinciali e comunali *in quanto non sia provveduto dalla legge sanitaria e dal relativo regolamento.*

L'art. 47 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, attribuisce al potere regolamentare del Comune le disposizioni concernenti il collocamento a riposo; si deve, quindi, ritenere che il Comune possa stabilire anche *le cause* idonee a legittimarlo, e possa prescrivere un limite di età. Ma a questa argomentazione la risposta è molto semplice: il Comune può regolare il collocamento a riposo per tutti gli effetti che appartengono al suo potere discrezionale, cioè per tutti quegli effetti che non sono già regolati

---

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

dalla legge. Infatti, l'art. 43 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, richiamando per analogia l'art. 47 dell'altro decreto, circa la determinazione regolamentare, soggiunge: « *in quanto non sia provveduto dalla legge sanitaria e dal regolamento per la sua esecuzione* ».

Potrà il Comune stabilire per es. che, cessato il periodo massimo di aspettativa, il sanitario condotto sarà collocato a riposo con date forme o in determinate condizioni; potrà, insomma, stabilire norme di esecuzione ma non può aggiungere a quelle previste dalla legge una causa di risoluzione del rapporto stabile e tanto meno può stabilire preventivamente un limite di durata massima, cioè un limite che è in evidente contrasto con la stabilità.

Il Ministero dell'Interno, rafforzando autorevolmente questa tesi, ha motivato la sua risoluzione con rigore giuridico e con grande precisione. Ha rilevato, anzitutto, che il limite di età non può formare oggetto di una norma del capitolato. Ha soggiunto che il diritto subbiettivo nascente dalla stabilità non può essere vincolato da limiti di tempo precostituiti, i quali lo vulnererebbero nella sostanza, e che il limite di età non può far presumere la inabilità fisica, sicchè non può essere accolto come causa unica.

È da augurarsi che il Consiglio di Stato rettifichi la sua giurisprudenza e si uniformi all'indirizzo tracciato dal Ministero dell'Interno. In ogni modo, la circolare ha efficacia per se stessa ed ha notevole importanza, perchè, essendo obbligati gli organi amministrativi dipendenti ad osservare le istruzioni del Ministero, le GG. PP. AA. non approveranno certamente la disposizione del capitolato che stabilisce un limite di età o di servizio. Quale che sia l'indirizzo della giurisprudenza, in sede contenziosa, le istruzioni del Ministero, vincolando gli organi dipendenti, eliminano la fonte della deviazione.

Ma è da ritenere che le GG. PP. AA. provvederanno, anche d'ufficio, alla modificazione dei capitolati già approvati, sopprimendo le disposizioni che concernono limiti di durata del rapporto di impiego dei sanitari condotti. Sarà così evitata la possibilità della applicazione di una norma che il Ministero ha dichiarato illegittima e della controversia giurisdizionale. Gli interessati possono fare istanza, in tal senso, alla G. P. A., in sede di tutela.

IX. - Responsabilità del medico per colpa professionale.

Non vogliamo esaminare, ora, nemmeno sinteticamente, le delicatissime quistioni che si riferiscono alla responsabilità professionale. Questa breve nota ha soltanto scopo informativo di due risoluzioni: l'una della Corte di appello di Bologna (22 febbraio 1929) e l'altra della Corte di Torino (14 marzo dello stesso anno).

La prima ha ritenuto che il chirurgo possa assumere responsabilità contrattuale quando la prestazione sia stata oggetto di un contratto e, in ogni altro caso, possa rispondere per colpa extracontrattuale. Ma la diligenza che deve essere usata non è minore nell'uno e nell'altro caso, perchè, fuori del campo contrattuale, si risponde di qualunque colpa, la quale non sia così lieve da rasentare il caso fortuito. La responsabilità può derivare anche da *imperizia*, cioè da insufficienza delle conoscenze presumibilmente necessarie, tenuto conto dell'ambiente e del grado di specializzazione del professionista. Non è invece fonte di responsabilità *l'errore professionale*, cioè l'atto o il fatto che non dipenda da negligenza o imperizia, ma derivi da insufficienza dei progressi della scienza e della tecnica e rimanga nell'ambito della libertà di giudizio indispensabile al professionista.

La seconda sentenza, cioè quella della Corte di appello di Torino, ha dichiarato che è responsabile per colpa il medico che *esperimenta* sul malato a scopo scientifico e senza il consenso di esso un rimedio nuovo, che abbia conseguenze dannose per l'infermo.

Non assume invece responsabilità il medico che abbia somministrato un rimedio speciale d'uso comune per la malattia diagnosticata, sebbene in seguito a tale cura le condizioni dell'infermo si siano aggravate. La responsabilità potrebbe essere dichiarata se risultasse che il medico agì con imperizia, imprudenza, negligenza.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Accordi sul commercio dell'oppio.

L'on. De Stefani, presidente della Giunta dei Trattati, ha presentato alla Presidenza della Camera una diffusa relazione sugli accordi di Ginevra contro il commercio dell'oppio, che devono essere approvati dal Parlamento. L'on. De Stefani ha premesso a questa relazione la seguente dichiarazione preliminare:

La vostra Giunta dei Trattati ha creduto opportuno di far precedere al disegno di legge per l'approvazione degli accordi di Ginevra relativi al consumo dell'oppio, una dettagliata documentazione storica dell'atteggiamento dei singoli Stati del mondo nei confronti della disciplina internazionale sulla produzione e sul commercio degli stupefacenti. La lettura di questa documentazione sarà motivo per voi, o camerati, e per tutta la Nazione, di legittimo orgoglio, poichè l'Italia fascista ha, tra non disinteressate e colpevoli incertezze di Stati potenti e di riconosciuta civiltà, fatto prevalere quelle direttive morali ed igieniche che assicurano le umane generazioni dall'insidia che le minaccia e che compromette, oltre che la salute, la dignità e la condotta sociale degli uomini. A volgere uno sguardo allo stato morale del mondo, nelle sue più recenti mutazioni, appare in tutta la sua grandezza l'opera di difesa attuata dal Regime, che può servire davvero di esempio a tutti coloro che hanno altrove responsabilità di governo ed anche a convincerli che lo Stato non può rimanere indifferente nei confronti della vita morale e fisica dei cittadini, od accettare, senza reagire, il diffondersi di abitudini colpevoli e dannose. Questo valga anche per ammonimento di coloro che eventualmente trovassero, nei confronti dell'estero, troppo rigida la nostra legislazione interna e l'opera epuratrice della polizia dei costumi, mentre esse hanno concorso a salvare l'Italia, in periodi assai delicati, da quell'abbassamento di tono morale che ordinariamente si manifesta dopo le guerre, le rivoluzioni e le crisi monetarie.

Cronaca del movimento professionale.

Nomine nel Sindacato medico Nazionale.

Il presidente della Confederazione nazionale professionisti e artisti, on. Di Giacomo, ha ratificato la nomina fatta dal Congresso dei Sindacati medici del segretario nazionale nella persona dell'on. prof. Ermanno Fioretti, e mantenendo in carica l'attuale Direttorio, ha chiamato alle funzioni di vice-segretari nazionali gli on. proff. Amedeo Perna e Nicolò Castellino, e il dott. Carlo Baslini, le mansioni delle quali saranno determinate d'accordo fra la Presidenza della Confederazione e la Segreteria nazionale del Sindacato.

Ordine dei Medici della provincia di Roma.

Si è insediato il nuovo Consiglio Amministrativo dell'Ordine nominato con Decreto del Capo del Governo nelle persone dei signori dott. Fausto Angelucci, prof. dott. Aristide Busi, on. prof. dott. Ermanno Fioretti, prof. dott. Giacinto Fornaca, dott. Guido Liebman, dott. Arnaldo Lusignoli, on. prof. dott. Amedeo Perna.

È stato all'unanimità confermato presidente l'on. prof. Fioretti; segretario il dott. Liebman; tesoriere il dott. Angelucci.

Il prof. Fioretti, fatta una succinta ed esauriente relazione dell'opera fin qui svolta dall'Ordine, ha tracciato il programma dell'azione futura, insistendo specialmente sulla necessità della più ampia e cordiale collaborazione fra Ordine e Sindacato i quali due organi, pure nell'esercizio delle diverse facoltà a ciascuno di essi conferite dalla legge, debbono unitamente tendere in definitiva, secondo le direttive del Regime, all'unica finalità dell'elevamento morale e materiale della classe medica cui è demandata la tutela della pubblica salute.

Il Consiglio amministrativo ha unanimemente approvato la relazione e le conclusioni dell'on. presidente.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BENTIVOGLIO (*Bologna*). — Scad. 10 mar.; L. 8800 oltre c.-v. e L. 3000 trasp.

BERGAMO. *Istituto Rachitici* (*Istituto Ortopedico Matteo Rota*). — A ore 15 del 31 mar.; 2° assistente; L. 3360 lorde e percentuale; conferme biennali; età massima 30 a.; domanda e documenti al Consiglio d'Amministraz. (Mazzini 3).

DRUENT (*Torino*). — Scad. 10 mar.; rivolgersi al Municipio.

FOBELLO (*Vercelli*). — Consorzio Fobello-Cervatto-Rimella. Stipendio L. 9000. Assegno Ufficiale Sanitario L. 500. Indennità trasporto L. 500 più per caro-viveri L. 800 se coniugato. Scadenza 20 marzo. Chiedere bando di concorso alla Segreteria Consorziale presso il Municipio di Fobello.

GUCCARELLO (*Savona*). — Scad. ore 18 del 20 marzo; consorzio 4 comuni; L. 9400 oltre L. 500 uff. san., L. 3000 trasporto; età lim. 35 a.

MAZZÈ (*Aosta*). — Scad. 10 mar.; 2ª cond.: lire 8000 e 3 quinquenni dec., oltre L. 1800 trasp.: età lim. 45 a.; tassa L. 50,15.

PADOVA. *Ospedale Civile*. — Assistente effettivo di medicina; L. 5000 e due bienni decimo, esclusa qualsiasi indennità; stanza d'abitaz. con obbligo di pernottarvi; medaglie di L. 30 per il pronto soccorso; scad. ore 18 del 20 mar.; età lim. 30 a. al 16 febbr. Chiedere annunzio.

POLLUTRI (*Chieti*). — Ufficiale Sanitario. Stipendio annuo L. 3000, aument. di un decimo per ogni quadr. e per cinque quadrienni. Domande e documenti debbono pervenire all'Ufficio Provinciale Sanitario presso la R. Prefettura di Chieti non oltre il 20 marzo. Per chiarimenti sui documenti e altre informazioni rivolgersi all'Ufficio predetto.

POTENZA PICENA (*Macerata*). — A tutto 10 mar., 2ª condotta (parte della città e del territorio); v. N. 8.

RAVENNA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 15 mar.; direttore; L. 20.000 oltre L. 4000 serv. att. e altre indennità eventuali; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.

ROCCAVERANO (*Alessandria*). — Scad. 10 mar.; chiedere condizioni.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 20 mar.; 4ª condotta; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., c.-v. se coniugato, L. 1000 trasp., età lim. 40 a.; tassa lire 50,15.

TIRIOLO (*Catanzaro*). — Scad. 10 mar.; L. 7000, salvo riduzioni; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15.

TORINO DI SANGRO (*Chieti*). — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esami. Stipendio L. 3000, aumentabile del decimo per ogni quadriennio e per 5 quadrienni. Le domande e i documenti debbono pervenire non oltre il 30 marzo all'Ufficio Provinciale Sanitario, presso la R. Prefettura di Chieti. Per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio predetto.

TRADATE (*Varese*). — Uffic. sanit.; L. 5000 e 5 quadrienni dec., oltre diritti e compensi stabiliti dalle leggi sanit.; supplenza 3 medici condotti a L. 500 ogni supplenza di giorni trenta; libero eserc.; chiarimenti dalla R. Prefettura di Varese e dalla Segret. Comun. di Tradate.

VICENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. 1) Assistente alla Sezione Batteriologica e Medico-Micrografica; 2) Coadiutore alla Sezione Chimica; 3) Assistente alla Sezione Chimica. V. N. 8.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al prof. Benigno Di Tullio, docente di Antropologia criminale nella R. Università di Roma, è stato assegnato, da apposita Commissione giudicatrice presieduta dal prof. Carrara di Torino, il premio Cesare Lombroso 1929, per la sua opera su « La Costituzione delinquenziale nella Etiologia e Terapia del delitto ».

I dottori R. Papanti-Pelletier di Piombino, S. Caccuri ed E. Coppa di Napoli e L. Francioni di Roma, sono stati abilitati alla libera docenza in medicina del lavoro.

I dottori Federigo Bocchetti di Anzio e Vittorio Valle di Venezia, sono stati abilitati alla libera docenza in igiene.

Rallegramenti.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino.

Il titolo di professore "honoris causa,, a Umberto di Savoia.

Il 15 febbraio nell'Aula Magna dell'Ateneo è stato conferito il titolo di professore « honoris causa » nella facoltà di legge al Principe Umberto di Savoia. A rendere solenne la cerimonia, erano presenti oltre il Rettore Magnifico, il Senato Accademico, tutti i presidi e professori delle varie facoltà, anche S. E. il Ministro dell'Educazione Nazionale Balbino Giuliano, S. E. il Prefetto, il Podestà e numerosissime altre autorità, senatori e generali. Il Principe era accompagnato dalla Principessa Maria ed assistevano anche la Duchessa ed il Duca d'Aosta, il Duca di Genova, la Principessa Maria Adelaide, la Duchessa di Pistoia ed il Principe di Udine. Gli studenti, che gremivano il palazzo Universitario, acclamarono entusiasticamente al Principe. Nell'aula prima il Rettore prof. Pivano, e poi il Ministro Giuliano espressero con felici parole la devozione dell'Università alla Casa Reale e l'alto onore che l'Università sentiva nel conferire il titolo al Principe. La motivazione del decreto nella pergamena fu dettata dal latinista prof. Ettore Stampini. Al termine della cerimonia furono nuovamente tributate entusiastiche acclamazioni al Principe.

Riunione nel centro per lo studio dei tumori.

Nella riunione del giorno 16 febbraio ha parlato per primo il prof. Morpurgo intrattenendo a lungo l'uditorio, riassumendo le ricerche sperimentali effettuate in questo ultimo periodo nell'Istituto intorno alla biologia dei tumori. Toccò numerosi punti delle più interessanti questioni. Intorno agli effetti del blocco reticolo-endoteliale fu constatato in generale che esso produce un ritardo nello sviluppo del tumore ed una maggiore sopravvivenza dell'animale. Riguardo alle questioni dello sviluppo dei nervi nel tumore, numerose esperienze dimostrarono che il tessuto tumorale può essere un buon terreno per lo sviluppo di prolungamenti e terminazioni nervose che però restano sempre indipendenti dal tumore. Riguardo all'eziologia dei tumori, varie esperienze con l'introduzione di pezzi di tessuto tumorale benigno o di tessuto embrionale, nel centro di un tessuto neoplastico, dimostrarono che il tes-

suto tumorale benigno o embrionale può ivi vivere come un tessuto saprofita ma non acquista caratteri diversi dai propri. Le esperienze starebbero fondamentalmente contro una eziologia da virus dei tumori maligni dei mammiferi.

Il dott. Carando presentò alcuni casi di carcinoma della lingua trattati felicemente con la radiumterapia. Le conclusioni della sua attuale esperienza sono per consigliare un trattamento radiumterapico con infissione per la lesione linguale e un trattamento chirurgico per le ghiandole se queste sono asportabili e non aderenti o, altrimenti, un trattamento radiumterapico anche per le ghiandole.

Il dott. Ongania riferì sulla sua esperienza di medico pratico nella questione del cancro, dimostrando come le singole osservazioni dei medici possano essere molto varie. La sua esperienza, ad esempio, porterebbe a considerare come molto importante un fattore ambientale regionale e possibili infezioni con l'acqua nella etiologia del cancro.

Da ultimo il prof. Pescarolo, presidente del Centro, lesse una lunga relazione sul referendum sul carcinoma del collo uterino. Le principali conclusioni sarebbero: che questa forma di cancro in generale non è aumentata di frequenza, che costituisce un terzo circa delle forme di cancro delle donne, che è nettamente in rapporto con l'attività sessuale, i parti e gli aborti essendo rarissima nelle donne vergini e rara nelle nullipare. E' molto più frequente nei ceti sociali più bassi che nelle classi agiate. In conseguenza di questi risultati sarà elaborato un ordine del giorno che svolgerà i criteri profilattici specialmente in riguardo dell'igiene personale e dell'assistenza ostetrica.

Cipriani.

NOTIZIE DIVERSE.

All'Accademia Lancisiana di Roma.

Il 20 febbraio ebbe luogo presso l'Ospedale della Consolazione, la commemorazione del defunto socio residente prof. Alfonso Torti, direttore onorario degli Ospedali Riuniti di Roma.

Alla mesta cerimonia, che ebbe luogo alla presenza della famiglia dell'estinto, intervennero S. E. Adolfo Cotta, presidente degli Ospedali Riuniti di Roma, il gr. uff. Corelli, segretario generale degli Ospedali, e numerosissimi soci, tra i quali molti professori universitari e tutti i primari di ospedale.

Aperta la seduta, il vice-presidente prof. Margarucci, dopo aver portata la adesione del presidente on. prof. Ermanno Fioretti, assente per ragioni inerenti alla sua carica, diede la parola all'oratore designato prof. Tito Gualdi. Questi disse che il defunto prof. Torti, suo amico fedele e compagno di studi e di carriera, fu durante la sua vita ispirato solo dal sentimento del dovere e dall'inesauribile passione dell'altrui bene dando con ogni suo atto esempio imperituro di onestà, di sapienza e di giustizia.

Il prof. Torti percorse tutta la carriera ospitaliera. E gran parte della sua attività fu dedicata a conquistare tutta la perfezione degli ospedali di Roma nei quali oltre a portare il suo contributo di clinico distinto e di medico apprezzatissimo, portò anche idee e metodi di ordine, di disciplina e di esattezza. Talchè quando egli fu costretto a lasciare il servizio gli fu conferito dal gr. uff. Cotta, presidente degli Ospedali, una medaglia d'oro ed il titolo di direttore onorario degli Ospedali, ricompensa che egli gradì immensamente.

L'oratore concluse ricordando che il prof. Torti, per essersi ispirato a sentimenti di puro altruismo, chiuse la sua nobile esistenza quasi povero, e che pertanto il suo nome virtuoso dovrebbe essere per riconoscenza, eternato nel marmo insieme a quelli di tanti benefattori ed eroi della carità.

Il vice presidente prof. Margarucci rivolse anche egli parole di rimpianto per la perdita di una esistenza tanto preziosa e ringraziato il prof. Gualdi per la commemorazione fattane, invitò l'assemblea a raccogliersi in un minuto di silenzio per onorare la memoria dell'illustre estinto.

Per desiderio espresso dai soci sarebbe stata sospesa la seduta in segno di lutto, se i relatori delle comunicazioni non avessero condotto da molto lontano molti malati.

Il prof. Bonfiglio presentò alcuni malati trattando dei confini della paralisi progressiva.

Il dott. Marroni presentato dal prof. Carducci illustrò con diapositive e con malati, nuovi indirizzi e nuove cure nel trattamento delle forme tubercolari chirurgiche. Presero parte alla discussione i proff. Panegrossi, Piperno e Stagnitta.

2° Congresso della Stampa medica latina.

L'Ufficio della stampa medica latina si è adunato a Parigi il 6 febbraio, nei suoi locali (rue de Richelieu 101), sotto la presidenza del prof. Loeper; l'Italia era rappresentata dal dott. de Blasio. Scopo della riunione era di discutere l'invito diretto dall'Associazione della stampa medica belga all'Associazione della stampa medica latina, affinchè questa tenga il suo secondo Congresso nel Belgio, in occasione delle feste per il centenario dell'indipendenza. E' stato deciso di accogliere l'invito e si è stabilito che il Congresso avrà luogo nei giorni 28 e 29 settembre a Bruxelles e il 30 settembre ad Anversa. Si è anche eletto l'Ufficio del Congresso, che viene ad essere così costituito: prof. Loeper (Parigi), presidente; dott. Albert Delcoura (Bruxelles), vice-presidente; dott. René Beckers, segretario generale; dott. Jacques Rosenthal, tesoriere. I relatori saranno nominati ulteriormente. La quota d'iscrizione è stabilita in 75 franchi belgi; essa è unica, così per i congressisti, come per le persone che li accompagnano.

4° Congresso italiano di medicina legale.

La Società Italiana di medicina legale ha deciso di tenere il IV Congresso a Bologna durante i primi giorni del prossimo giugno.

Al Congresso potranno partecipare gl'inscritti alla Società Italiana di medicina legale e quanti altri non soci intendano intervenire, previa adesione e versamento della quota di iscrizione, in L. 30, che vanno inviate al dott. Francesco Ballotta, segretario-cassiere del Congresso, presso l'Istituto di medicina legale della R. Università, via S. Giacomo 3, Bologna.

Congresso regionale d'idrologia e climatologia.

L'Associazione italiana d'idrologia e climatologia ha promosso, nei giorni 15 e 16 febbraio, un Congresso medico nel Trentino, adunando un centinaio di medici, professori e specialisti di tutte le regioni d'Italia, fra cui il prof. gr. uff. Luigi Devoto, presidente dell'Associazione d'idrologia e terapia fisica, il prof. Prassitele Piccinini, presidente della sezione alta Italia dell'Associazione, il prof. Celestino Gozzi, segretario generale dell'Associazione, l'on. Morelli, presidente della Cassa Nazionale Assicurazioni, il gr. uff. Rebucci per l'Enit, il prof. Adriano Valenti, vicepresidente dell'Associazione d'idrologia, i proff. on. Armando Bussi di Roma, Oddo Casagrandi di Padova, Pietro Rondoni, Alberto Pepere, Ferdinando Livini, Andrea Vinai di Milano, Pietro Di Mattei di Pavia, ecc.

Le sedute scientifiche hanno avuto luogo a Fasano sul Garda, Arco (con speciale riguardo agli impianti sanatoriali di pianura e di alta montagna e alla loro climatologia), Fai (con speciale riguardo alle acque minerali) e Trento.

Il convegno si è svolto attraverso gite attraentissime, compiute con svariati mezzi di trasporto: autoveicoli, piroscafi, filovie, ecc. È stato intramezzato da numerosi festeggiamenti: ad Arco i partecipanti furono ricevuti dalle principali autorità trentine, con a capo il prefetto di Trento gr. uff. Piomarta. Ovunque hanno avuto le più cordiali accoglienze.

Congresso di pediatri delle Tre Venezie.

Nell'Aula Magna dell'Ospedale Civile di Venezia ha avuto luogo il 18 febbraio il Congresso annuale della Sezione Triveneta della Società Italiana di Pediatria, presente lo stesso presidente della Società prof. gr. uff. Cesare Cattaneo di Milano.

Ha aperto la seduta il prof. Berghinz, presidente della Sezione Veneta, il quale ha messo in rilievo l'importanza acquistata dalla Pediatria in questi ultimi tempi, sopratutto per la fascistissima legge sulla Protezione della Maternità e dell'Infanzia. Hanno parlato quindi il prof. Cattaneo, e il prof. Ligorio. Infine il segretario prof. Pagani-Cesa ha letto le adesioni e i titoli delle comunicazioni.

Il Congresso ha approvato la proposta di costituire delle sottosezioni provinciali della Sezione Triveneta nei centri maggiori della regione. È stato riconfermato all'unanimità il prof. Berghinz nella carica di presidente regionale.

Sono seguite varie comunicazioni. Notevole interesse hanno destato gli argomenti riguardanti la pastorizzazione del latte, alcune malattie da carenza, quali lo scorbuto, complicanze meningo-encefalitiche di varie malattie acute (influenza, parotite, ecc.), forme morbose rare osservate e raccolte e interessanti ricerche di laboratorio.

Come sede del futuro Congresso regionale del 1931 è stata fissata la città di Trieste.

Il corso medico di puericultura.

È stato inaugurato dal prof. Francesco Valagussa con una prolusione sull'assistenza dei neonati e sulla puericoltura nel concetto dell'Opera Naz. Maternità e Infanzia. Il prof. Valagussa disse tra l'altro:

« Ben si comprende come il fondamento costruttivo dell'O.N.M.I. posi sulla puericultura prenatale, neonatale e postnatale onde contribuire in modo diretto all'incremento demografico della Nazione poichè il *numero come forza* non sia garantito soltanto dalle nascite, ma sia veramente costituito dai nati che rimangono difesi dall'applicazione metodica di tutti quei mezzi che valgono a rendere sempre più bassa la mortalità infantile.

La tutela della madre diventa di giorno in giorno sempre più necessaria, poichè tale tutela rappresenta il primo mezzo perchè lo svolgersi della gestazione si compia normalmente e l'infante in queste condizioni abbia uno sviluppo armonico nell'utero materno e tale che venuto al mondo si possa considerare come un'unità fisiologica perfetta ».

L'oratore, dopo aver ricordato la nomina del prof. Cesare Micheli a sub-commissario dell'Opera ed aver con commosse parole rievocato la figura del compianto prof. Enrico Gualdi, ha riassunto quali sono i compiti essenziali dei medici puericultori e quali quelli della istituzione delle cattedre ambulanti di puericultura.

Corso estivo di cultura medica a Varese.

Come abbiamo annunciato, anche quest'anno, sotto gli auspici dell'Istituto Interuniversitario Italiano, si terrà a Varese, dal 10 al 31 luglio, un Corso estivo per medici italiani e stranieri nell'Istituto di Cultura Medica.

Sarà diretto dal prof. Cesare Cattaneo di Milano, e avrà per argomento la « Fisiopatologia cardio-renale ». Sarà inaugurato con un discorso di S. E. il sen. prof. Gentile e con una conferenza del prof. Castiglioni.

Le lezioni, tutte dimostrative, saranno tenute dai proff. Cattaneo, Carpi, Cesa Bianchi, Foà, Livini, Pepere, Pezzi, Rondoni, Zoja. Vi saranno poi conferenze dei proff. Alfieri, Cazzaniga, Donati, Pisenti, Baldo Rossi.

La tassa di iscrizione è di L. 200, e di L. 100 per gli studenti di medicina del 6° anno. Saranno assicurate agli iscritti al Corso e alle persone di famiglia facilitazioni di soggiorno con pensioni a prezzo fisso (massimo L. 50 al giorno, minimo L. 35) e ribassi ferroviari.

Corsi complementari d'igiene.

Un corso avrà luogo presso il R. Istituto d'Igiene di Milano (aula Paletta, via Ospedale 5) dal 22 aprile al 21 giugno; domande alla Segreteria dell'Università (Corso Roma 10) fino al 22 aprile; tassa di L. 300 al Banco di Roma (Piazza Missori).

Un altro corso è annunziato presso il R. Istituto di Pisa, dal 25 aprile al 24 giugno; tassa di L. 300 all'Economo dell'Università; domande fino al 24 aprile.

Un altro corso è organizzato presso il R. Istituto d'Igiene di Modena, dal 1° aprile al 31 maggio; modalità consuete; tassa di L. 300. Domande al Rettore fino al 15 marzo.

I corsi per i medici sportivi.

I corsi per medici sportivi, tenutisi per la prima volta in sette città del Regno dal 16 dicembre al 15 gennaio, hanno dato risultati superiori a ogni

previsione, sia per la novità dell'interessante materia svolta con competenza dagli incaricati, sia per il numero degli iscritti. I medici hanno dimostrato di accogliere con entusiasmo la nuova missione che sarà loro affidata; le iscrizioni ai corsi furono: Roma 66, Torino 45, Bari 74, Bologna 27, Trieste 15, Ancona 11, Milano 22. La frequenza è stata naturalmente rappresentata da un numero minore ma sempre sufficiente a ricoprire, con una certa larghezza, nelle città dove i corsi hanno avuto luogo, l'eventuale fabbisogno delle Società non ancora provviste di un proprio medico. Alle attribuzioni dei medici sportivi ha provvisto il Comitato tecnico della F.I.M.S. nella riunione dei giorni 15 e 16 corr. a Roma.

Corso di tisiologia a Catania.

Per aderire al desiderio di molti medici, il prof. Luigi Ferrannini, direttore della Clinica Medica di Catania, terrà nella Clinica stessa dal 15 marzo al 15 aprile un corso pratico su la diagnosi e la cura della tubercolosi con lezioni ed esercitazioni quotidiane.

Il corso è riservato ai soli medici che ne faranno domanda al Rettore della R. Università di Catania unendo il certificato di laurea. Alla fine del corso sarà rilasciato un attestato di frequenza.

Corso speciale di antropologia applicata a Bologna.

Presso la R. Università di Bologna è stato istituito un corso speciale di antropologia applicata, destinato principalmente a fornire specialisti per la valutazione della individualità fisica degli scolari, degli sportivi e dei militari del R. Esercito, in relazione al corso speciale di antropometria per ufficiali medici del R. Esercito, della Marina e dell'Aeronautica istituito presso la Scuola superiore di Sanità militare di Firenze.

Corsi di perfezionamento a Parigi.

Numerosi corsi complementari e di perfezionamento sono stati organizzati presso la Facoltà Medica di Parigi. Essi coprono tutti i campi della medicina.

Per informazioni e programmi indirizzarsi al « Bureau des Relations Médicales avec l'Etranger », Faculté de Médecine, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

L'Ospedale del Littorio in Roma.

Il nuovo grandioso Ospedale, che per la sua mole monumentale e la sua perfetta attrezzatura moderna s'inquadra degnamente nella cornice superba della capitale, ha cominciato a funzionare il 19 febbraio, col trasporto di ottanta ammalati, già ricoverati nel vecchio Ospedale della Consolazione. Il trasferimento è stato compiuto con autoambulanze della Croce Rossa.

Per gl'Istituti sanatoriali di prossima costruzione.

A un'adunanza del C. S. S., della quale demmo già notizia, il prof. E. Morelli presentò ed illustrò il piano tecnico e costruttivo cui dovranno conformarsi gl'Istituti sanatoriali d'imminente costruzione da parte della Cassa nazionale per le assicurazioni sociali, allo scopo di corrispondere agli obblighi di ricovero e cura imposti dalla legge sulla assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi. Il Consiglio superiore si mostrò unanimemente favorevole ai concetti esposti. Ormai si costruirà secondo un modello che sarà espressione di igiene, di minimo costo-letto e di minimo costo di esercizio. Una delle caratteristiche è la standardizzazione sia nell'arredamento tecnico che nelle porte, finestre, ecc., cosicchè si otterrà finalmente che l'industria italiana, dati i numerosi sanatorî da costruire, potrà attrezzarsi per la costruzione delle finestre e delle porte di ferro, che sin qui erano dominio assoluto dell'industria tedesca ed americana.

Concessione delle Terme di Levico.

È stato stipulato presso il Ministro delle Finanze un atto di concessione al signor Luigi Dentice D'Accadia, per una società da costituire, dell'esercizio delle Terme di Levico Vetriolo, passate in proprietà del Regio Demanio dello Stato, in forza del R. D. L. 3 ottobre 1929-VII, n. 1873.

A tale provvedimento governativo del Regio Demanio ha validamente contribuito l'azione del Prefetto di Trento dott. Piomarta. La società costituenda dal signor Dentice D'Accadia avrà a presidente il signor Arturo Schweiger, benemerito delle grandi opere demaniali di Montecatini. Consigliere delegato della società sarà lo stesso signor Dentice D'Accadia.

Encomio alla provincia di Milano per le cure alla maternità ed infanzia.

Il Regio Commissario dell'Opera nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia, S. E. il prefetto Graziani, ha, da Roma, fatto pervenire al gr. uff. avv. Fabbri, rettore della Provincia di Milano, espressioni di compiacimento e di encomio speciale oltrechè per le opere assistenziali federali, pel Brefotrofio provinciale di Milano, recentemente visitato per conto della stessa Opera nazionale, dal prof. Emilio Alfieri e definito, per la sua opera fascistissima, magnifico strumento di elevazione e di salvaguardia sociale.

Nuova Facoltà Medica in Germania.

Il senato della città libera di Danzica — la quale conta attualmente 260.000 abitanti incirca ed è posta sotto la tutela della Società delle Nazioni — ha deciso di istituire una Facoltà Medica.

Riorganizzazione del servizio di assistenza pubblica a Parigi.

Il direttore dell'assistenza pubblica di Parigi, Mourier, ha elaborato e va ora attuando una serie di riforme, che hanno per risultato di limitare le enormi spese gravanti sui servizi. Esse tendono sovratutto a concentrare ed a ridurre le funzioni e, quindi, il personale; in parte anche a sostituire dei macchinari alla mano d'opera.

Per esempio, un forno unico ha preso il posto dei forni per singoli ospedali; esso fornisce da 10 a 12 tonnellate di pane al giorno. Ne è derivata un'economia di 292.000 franchi in salari e stipendi e di 234.000 franchi in combustibile: fra tutto del 60 %.

La contabilità è stata pure riunita in unico ufficio, a sede centrale: il numero degli impiegati è stato così ridotto da 100 a 12, con un'economia di 325.000 franchi, che in un solo anno copre la spesa delle macchine da calcolare.

Abolizione della " sveglia " negli ospedali di Londra.

Negli ospedali inglesi è consuetudine di svegliare i malati all'alba, per le pulizie personali. Il « Middlesex Hospital » di Londra ha deciso, ora, di abolire questo risveglio mattutino, il quale reca grave disagio ai malati e spesso ne interrompe il sonno, mentre questo andrebbe sempre rispettato: la prima colezione non dovrà essere data prima delle 7 ant. La « matron » fece qualche opposizione, perchè venivano a rompersi le consuetudini e veniva a turbarsi il turno delle infermiere; ma si sono stabiliti nuovi turni e tutto è rientrato nell'ordine, con grande soddisfazione dei ricoverati.

Si crede che tutti gli altri ospedali seguiranno l'esempio, che è caldamente elogiato dai giornali medici.

Unione professionale dei chirurghi del Belgio.

Si è costituita il 2 febbraio, nella sala del Collegio dei Medici. Dopo lunga e laboriosa discussione, vennero approvati gli statuti e si stabilì che l'Unione si sarebbe affiliata alla Federazione Medica Belga. Alla presidenza è stato chiamato il prof. De Beule, di Gand.

Contro le medichesse in Inghilterra.

Una giovine medichessa addetta all'Ospedale Generale di Birmingham ha chiesto quattro mesi di congedo perchè in stato interessante.

Il Comitato dell'Ospedale ha consentito ma stabilendo che in avvenire i congedi protratti si concederanno solo in linea eccezionale. Ha fatto presente, inoltre, all'Ufficio dei governatori, che in avvenire converrà non assumere più medichesse e che quelle attualmente in servizio dovranno essere dimesse se contraggono matrimonio, e ciò nell'interesse del servizio ospedaliero, che non consente interruzioni.

Il mondo medico femminile inglese è in allarme; la decana della Scuola Medica Femminile di Londra, lady Florence Barrett, in un'intervista rileva che simili disposizioni sarebbero non solo antigiuridiche, ma anche antisociali, dacchè ostacolerebbero il matrimonio.

Elargizioni in Spagna.

Il conte di Cartagena, morto recentemente in Svizzera, ha lasciato quasi 12 milioni di pesetas, ossia 40 milioni di lire it., per promuovere gli studi scientifici. Tra l'altro ha legato 1.200.000 pesetas all'Accademia di Medicina di Madrid, la quale, con gl'interessi di tale somma, dovrà costituire 5 borse di studio annuali, da 5000 pesetas ciascuna, e dovrà fondare, presso la Scuola medica, una cattedra alla quale non possa aspirare alcuno dei professori titolari attuali. La scelta della materia cui destinare questa cattedra è ora oggetto di molte discussioni: si propende per la medicina sperimentale.

Abbiamo già dato notizia della elargizione del marchese di Valdecilla; essa importa 15 milioni di pesetas, ossia oltre 50 milioni di lire it.; ha permesso la fondazione e la manutenzione di un grandioso ospedale a Santander, capitale della provincia ove egli è nato. Nell'ospedale è stata istituita, ora, una Scuola di perfezionamento medico.

Il sig. del Amo ha fatto pure una elargizione ingente, per fondare la Città universitaria di Madrid.

Sono state fatte molte altre elargizioni minori.

Donazione benefica in Francia.

Il dott. Roussel, direttore dei Laboratori dell'Hémostyl, ha messo a disposizione del dott. Bellencoutre, presidente dell'« Association Générale des Médecins de France » (rue de Surène 5, Parigi) la somma di 100.000 franchi per il 1930, allo scopo di sovvenire dieci medici civili o militari o vedove di medici con molta famiglia.

Vittime della professione.

L'11 febbraio scorso il dott. Ettore Rossilli di Ceprano è stato proditoriamente aggredito, mentre lasciava l'Ospedale, da un falegname — certo Luigi Ciolli — che lo considerava responsabile della morte di due figli in seguito a scarlattina, nonchè delle disinfezioni consecutive praticate nella sua casa.

Un colpo vibrato con uno stiletto penetrava in un polmone; per fortuna la ferita non è stata letale e ce ne rallegriamo vivamente col collega.

Bambini morti per l'errore di un sanitario.

I giornali recano da Granata che l'errore di un sanitario di un ospizio locale ha causato la morte di 12 bambini e che altri 4 versano in gravissime condizioni. Sembra che la morte sia stata provocata da un prodotto venefico che per un errore — di cui si stanno accertando le responsabilità — sarebbe stato somministrato ai 16 bambini ricoverati nell'ospizio.

FERRÁN

In uno dei numeri passati abbiamo annunziata la morte di J. FERRÁN. Volentieri pubblichiamo ora questa necrologia che rende omaggio ad un uomo di gran fede e alla scienza spagnuola.

La Medicina sa quali e quanti contributi di studio le abbia portati il Ferrán, specialmente con le ricerche sopra l'infezione rabida, la colerica e la tubercolare. Perciò è sentito il recente lutto, ond'è colpita la cavalleresca nazione, nostra sorella latina.

Il Ferrán è morto a Barcellona in età di 77 anni. Figlio di medico, era nato il 2 febbraio 1852 a Corbera dell'Ebro, in quel di Tarragona, nella Catalogna. Laureato in medicina a Barcellona si trasferì per qualche tempo a Tortosa, e si diede a studi di fisica medica e di chimica. Attratto alla lettura dei lavori di biologia e microscopia del Pasteur, si diede con passione alla microbiologia.

Nel 1884 fu inviato a Tolone e Marsiglia a studiarvi il colera epidemico. Dalle sue indagini dedusse che le cavie immunizzate, con colture filtrate, resistono ad iniezioni di dosi mortali in animali di controllo. Volle pur tentarne la prova in se stesso, e con buon successo, seguìto a lieve reazione iniziale. Dopo discussioni e polemiche, nel 1907 l'« Académie des Sciences » gli conferì un premio per quegli studi, essendo relatore Emile Roux a Parigi.

Ferrán, direttore nel Laboratorio batteriologico a Barcellona, vi istituì il metodo antirabbico, e portò modificazioni a quello Pasteuriano. Ai midolli essicati preferì midolli freschi e molto attivi, e fece inoculazioni massive di virus fresco emulsionato in brodo, ma con successi infelici! Volle modificarne la tecnica procurando che il virus restasse a lungo nel punto dell'innesto, perchè vi si elaborasse ed attenuasse. Attribuiva egli l'insuccesso al repentino e intempestivo assorbimento precoce del virus, che sarebbe stato trasportato per via leucocitaria prima della necessaria attenuazione. Non è detto che riuscisse in questo intento di ottenere così un virus con riconosciute qualità chemotropiche attive.

Risalendo al pensiero di Roberto Koch ed alla biologia del germe tubercoligeno, il Ferrán pensò che i diversi fenomeni patogenetici fossero relativi con la variabilità delle specie del germe stesso. E pensò che questo per svariate contingenze potesse divenire saprofitico.

Collaborò nel volume su la *Peste*, pubblicato insieme con Vinas e Gras.

Il Doenitz (in Klemperer-Leyden) a proposito dei vibrioni colerigeni avverte che, secondo il procedimento dello sperimentatore e biologo catalano, i vibrioni innestati sottocute vi periscono, e dalla dissoluzione di essi provengono sostanze immunogene attive.

Sul cammino della chimica biologica e della immunologia, il Ferrán lascia protocolli d'importantissime ed apprezzate esperienze, con le quali è entrato nel dominio storico della clinica contemporanea.

Il geniale sperimentatore, che tale è riconosciuto pur dal Doenitz, quasi ottuagenario fu colto da morte, quando ancora perseverava negli studi che amò; come il vecchio Letulle che nella pacata e *verte vieillesse* ne scriveva: *Je travaille sans relâche avec d'autant plus grande joie, que les ans s'accumulent sur ma tête.*

Bordighera, 12-II-1930-VIII.

Prof. CARLO MASSINI.

È morto improvvisamente, poco dopo essere giunto a Roma insieme alla famiglia, il dott. ALFREDO BARTOLOMEO LANARI, professore di radiologia medica presso l'Università di Buenos Aires.

Nato in Argentina da genitori italiani, aveva desiderato ardentemente di conoscere la Patria d'origine. Era sbarcato a Napoli e vi si era trattenuto alcuni giorni, prima di partire per Roma.

Contava 53 anni. Era uno studioso molto quotato e aveva coperto la carica di preside della Facoltà medica bonearense.

Ai funerali parteciparono molti sanitari. Parlarono il prof. Busi, preside della Facoltà Medica di Roma, il sen. Sanarelli, il quale lumeggiò i sentimenti di fratellanza che uniscono l'Italia all'Argentina, e l'ambasciatore dell'Argentina presso il Quirinale prof. Perez.

La salma verrà poi trasportata a Buenos Aires, ove si svolgeranno altri funerali, in forma solenne.

A. P.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII — Roma, 10 Marzo 1930 — Num. 10

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTA SINTETICA.

Il problema della gastrite

per il dott. V. SERRA.

Il significato di quel complesso di disturbi dispeptici che vanno sotto il nome di « gastrite » è tutt'ora oggetto di ipotesi contraddittorie, ritenendosi da alcuni Autori che esso sia l'espressione di alterazioni organiche della mucosa dello stomaco, mentre secondo altri esso ha carattere puramente funzionale.

Nel 1800 Broussais ammise che la gastrite fosse estremamente frequente, basandosi sulle sue ricerche anatomo-patologiche, e la considerò, e molti con lui, come la causa prima di molte malattie, tra cui la tisi e il tifo. Ma quando si potè dimostrare che le alterazioni riscontrate erano dovute in gran parte a processi agonici e post-mortali, si passò all'estremo opposto e non si parlò più di gastrite come di malattia a sè. Solo più tardi, con Hayem e Chauffard, il concetto di una gastrite con alterazioni anatomiche e sintomi clinico patognomonici cominciò a farsi strada; poi il Boas e il Jaworsky parlarono di « gastrite acida », Lubarsch descrisse il quadro della « gastritis cronica ipertroficans » e finalmente il Faber indicò l'achilia come il segno precipuo della gastrite cronica. (Si ricordi però che anche nella gastrite l'istamina è capace di provocare una forte secrezione gastrica (Kalk) e che, secondo Martius, esiste un'achilia costituzionale che non ha base organica).

Comunque, il problema della gastrite è andato in questi ultimi tempi chiarendosi, sopratutto per il progresso della chirurgia, della gastroscopia, della radiologia e dell'esame del succo gastrico.

Il Bergmann, recentemente (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n. 42, 1929), ha preso nettamente posizione in favore della natura « organica » della gastrite e contro la sua interpretazione funzionale.

Egli ritiene che, dal punto di vista delle alterazioni organiche non si possa e non si debba fare una distinzione tra gastrite acida recidivante e gastrite cronica anacida, giacchè crisi di iperacidità possono impiantarsi sul fondo di una gastrite cronica, e d'altra parte si conoscono casi di ulcere duodenali, asso-

ciate a gastriti e decorsi con alto valore di acidità per decenni e decenni. Nè ha maggior valore una differenzazione delle gastriti basate sulla localizzazione delle lesioni; perchè, se è vero che esiste una gastrite localizzata al piloro che accompagna le ulcere e una gastrite che si propaga anche al fondo, il danno secretorio è sempre lo stesso, essendo le glandole del fondo incapaci in entrambi i casi di funzionare, data la mancanza dello stimolo alla secrezione (secretina) che normalmente viene a loro dal piloro.

Per quanto riguarda i rapporti tra la genesi dell'ulcera e la gastrite, il Bergmann pensa che, prescindendo dalle immediate vicinanze dell'ulcera, la gastrite macroscopicamente dimostrabile è una manifestazione che accompagna l'ulcera assai di frequente e che una gran parte dei disturbi che sono generalmente addebitati all'ulcera devono invece riferirsi alla gastrite stessa; specialmente quei disturbi che vanno e vengono. Si sa infatti che l'ulcera può progredire in un periodo del tutto privo di disturbi e che viceversa complessi dispeptici con supersecrezione possono aversi senza che ci sia l'ulcera (v. anche Konjetzny); così il concetto della « malattia dell'ulcera senza ulcera » (Morawitz) viene in parte chiarito.

Il Bergmann ritiene che si possa ammettere l'esistenza di una gastrite pura, senza ulcera e di un'ulcera pura senza gastrite; ma crede che questi due processi morbosi siano assai di frequente presenti contemporaneamente e contribuiscano a creare il quadro sintomatico, così come è.

Naturalmente il Bergmann non considera le forme di gastrite diagnosticabili solo al microscopio o alla gastroscopia, ritenendo giustamente che esse non abbiano un grande interesse per la clinica corrente; egli si occupa solo di quelle macroscopiche, visibili; considerando la frequenza della gastrite sotto questo punto di vista, sfugge una buona metà delle ulcere della piccola curvatura e del duodeno, in cui non è dimostrabile la gastrite, mentre le ulcere pepticodigiunali sono sempre accompagnate da evidenti fenomeni gastritici.

Considerando sotto il punto di vista organico il problema della gastrite, l'antico concetto della « debolezza di stomaco », della dispepsia, della « nevrosi gastrica » va perdendo terreno a favore di una concezione schiettamente organica del processo stesso.

L'individuo « debole di stomaco », il « predisposto alle malattie dello stomaco », il « funzionale » non è altri che il portatore di una gastrite latente, non dimostrabile ai raggi nè clinicamente, ma capace di reagire a stimoli anche piccoli (un errore di dieta, un raffreddamento, ecc.), determinando la scomparsa di una gastrite acuta, clinicamente dimostrabile.

La comparsa della gastrite dopo molte malattie infettive rientra per il Bergmann nel maggior problema delle reazioni dei tessuti; l'infiammazione della mucosa può seguire ad un danno dell'epitelio, che fa parte del gruppo delle lesioni epiteliali che accompagnano spesso i processi infettivi: (v. le nefrosi e le epatosi infettive); ma può comparire anche indipendentemente da ogni danno dell'epitelio e va allora considerata come un processo secondario di reazione. (V. Kauffmann).

Concludendo, per il Bergmann, la gastrite va accettata come una malattia frequente; la disposizione infiammatoria del tessuto gastrico resta talora latente nel senso di una modificata reazione della struttura biologica, che è invisibile al microscopio, un po' come la disposizione alla reazione positiva di Pirquet sulla pelle istologicamente intatta; talora invece è manifesta come una gastrite cronica su cui si innestano crisi di esacerbazione acuta.

Anche la terapia deve tener conto del carattere prettamente organico, latente o manifesto, del processo morboso, e regolarsi dunque secondo le norme della cura di ogni mucosa malata, senza dar valore alle cure psichiche e a quel disprezzo di ogni regola dietetica, che il concetto « funzionale » della gastrite aveva messo in onore.

Con questo suo concetto della « gastrite organica » il Bergmann procede nella sua sistematica critica delle neurosi degli organi e nel suo tentativo di elevare alla dignità di forme ben determinate molti quadri sintomatologici vaghi e confusi; nè d'altra parte egli nega importanza ai disturbi di funzione, ma si rifiuta semplicemente di aderire al vecchio concetto che contrappone l'« organico » al « funzionale » giacchè per lui, il disturbo della funzione è il primo anello della catena delle malattie e il « funzionale » è già un « organico » allo stato di latenza.

Un allievo del Bergmann, il Kauffmann ha portato anch'egli (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n. 42-43, 1929) un valido contributo sperimentale alle vedute del suo maestro. Egli ha studiato le alterazioni anatomo-patologiche che si riscontrano nello stomaco in seguito a malattie infettive e in generale a infiammazioni di organi lontani dallo stomaco, partendo naturalmente dal concetto che i disturbi dispeptici che si lamentano in simili occasioni siano di natura organica e non funzionale (Bergmann). Seguendo le vedute anche del Faber che parla di « gastriti ematogene » e del Boas che parla di « gastriti infettivo-tossiche », egli ha cercato di spiegarsi come tali alterazioni si verifichino e quale ne sia la causa.

Egli ha esaminato 22 cani, in alcuni dei quali aveva provocato l'ustione di un tratto della cute, e in altri aveva provocato la formazione di ascessi con la terpentina e la pa-

pajotina; egli ha costantemente riscontrato nello stomaco delle tipiche alterazioni della mucosa che si possono riassumere così: l'epitelio sia della mucosa superficiale, come quella degli infossamenti glandolari presenta focolai di infiltrazione grassa a piccole gocciole, in corrispondenza dei quali l'epitelio stesso si appiattisce, si vacuolizza e può essere distaccato dal suo complesso cellulare, dando così luogo a delle soluzioni di continuo epiteliali che, per i loro rapporti con la degenerazione grassa che le precede e le provoca, furono già dall'Orth battezzate « usure grassose ».

Il connettivo che viene allo scoperto al disotto di queste usure diviene sede a sua volta di un processo infiammatorio (dilatazione capillare, infiltrazione leucocitaria, ecc.), che favorisce l'estendersi della usura epiteliale; si giunge così alla gastrite che appare perciò come lo stadio più avanzato delle modificazioni infiammativo-reattive del connettivo circostante a piccole usure epiteliali.

Il Kauffmann ha poi osservato che le lesioni descritte hanno sede solo nella regione dell'antro pilorico e ritiene che questa localizzazione debba attribuirsi non a fattori meccanici (Orator), ma a differenze biologiche delle cellule epiteliali dei vari segmenti dello stomaco: spiega infine la tipica forma a focolaio delle lesioni ammettendo che essa sia in rapporto con le alterazioni dei capillari della mucosa.

La causa delle alterazioni stesse va ricercata, secondo l'autore, nei prodotti di disfacimento dell'albumina che si riversano nel sangue, in seguito ai processi infiammatori che egli ha riprodotto sperimentalmente; non si tratta di tossine batteriche o di germi, ma di sostanze ad azione tossica.

Che nel corso delle malattie infettive si formino in gran copia prodotti di disfacimento dell'albumina è cosa nota e accettata da tutti; il comportamento del ricambio azotato, la modificazione della sedimentazione dei globuli rossi, ecc., indicano che una distruzione di tessuti è in atto; molti autori l'hanno riscontrata in infiammazioni sterili, nelle operazioni sterili, nella irradiazione solare e così via; infine gli studi sui capillari hanno dimostrato che i prodotti di scomposizione albuminoidea producono una dilatazione dei capillari e un perturbamento del loro circolo (Müller). La natura delle sostanze che in questi processi disintegrativi vengono messe in libertà ed esercitano il loro potere tossico, non è ancora ben conosciuta; e non è mancato chi ha voluto riconoscere in loro degli ormoni (Caspari, Freund); certo esse esistono, e nel determinare le lesioni la loro azione si complica forse di quella dei germi e di veleni specifici.

Si spiega così l'insorgenza della gastrite come malattia « secondaria » ad affezioni di altri organi; la gastrite nella tisi, nella polmonite, nella gruppe, nelle affezioni degli annessi, delle tonsille, dell'appendice e della cistifellea. E, in complesso, la gastrite ematogena o infettivo-tossica viene a rappresentare la manifestazione localizzata, non dei processi specifici delle malattie, ma di quelli aspecifici: e precisamente del disfacimento albuminoideo.

Accanto a queste vedute che accettano la gastrite e ne ammettono la natura organica, è interessante ricordare quelle del Siebeck che recentemente (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n. 42-43, 1929), ha illustrato il concetto dello « stato di eccitazione » o « eretismo » dello stomaco, raccogliendo sotto questa denominazione tutto un complesso di disturbi caratteristici, ricollegabili ad uno speciale comportamento della funzione gastrica.

Si tratta perciò di un concetto puramente funzionale, ma tuttavia non va inteso nell'antico significato di « funzionale », chè anzi esso si avvicina come si vedrà a quello di « organico »; esso non rappresenta la fine ma solo il principio di una diagnosi (Siebeck).

I disturbi legati allo « stato di eccitazione dello stomaco » sono i dolori dopo il pranzo, la pirosi, le eruttazioni acide; essi hanno un decorso estremamente irregolare (« launisch »). I valori di acidità sono ora alti ora bassi (Schüle, Curschmann); ma il Delhougue ha messo in evidenza che lo stomaco allo stato di eccitazione, mentre reagisce a forti dosi di istamina con la stessa secrezione massima che si ha nello stomaco normale, reagisce ugualmente al massimo anche sotto stimoli leggeri (l'introduzione della sonda); quindi è la forte sensibilità, l'aumentata eccitabilità che caratterizzano « lo stato di eretismo dello stomaco ».

La motilità è aumentata e c'è una netta tendenza all'insorgenza di spasmi nel piloro, in altri punti dello stomaco e nel duodeno. Gli spasmi non dipendono da acidità, come si credeva, ma compaiono anche con valori bassi di acidità e provocano sensazioni subbiettive di dolore. Infine si ha un complesso sintomatico spastico-atonico a carico dei capillari e delle arteriole terminali, consistente in un irregolare avvicendarsi di vasodilatazione e costrizione (diatesi vasoneurotica del Müller).

Lo stato di eccitazione dello stomaco può anche decorrere senza concomitanti alterazioni organiche, essere cioè puramente funzionale, ma è sempre dimostrabile la presenza di un fondamento costituzionale, consistente in una predisposizione, spesso familiare agli squilibri del sistema neurovegetativo. Infatti il decorso dello « stato di eccitazione » funzionale è di una netta irregolarità e periodi di benessere si alternano a periodi di dolori; esso subisce l'influenza della psiche, del tenor di vita,

dell'avvicendarsi delle stagioni, e tutto il complesso sintomatico deve essere considerato come l'espressione della labilità del sistema neurovegetativo. In questo concetto di « funzionale » non esiste dunque più nulla delle antiche teorie; non c'è nulla di « isterico » o di « psichico », non si tratta delle « nevrosi gastriche » nel senso di Strumpell e Dreyfuss, ma solo di un disturbo nell'equilibrio del sistema neurovegetativo.

L'A. ha poi esaminato i rapporti importantissimi e frequenti che legano lo stato di eccitazione dello stomaco alle malattie organiche dell'organo stesso. Secondo il suo modo di vedere quella « gastrite acuta » a cui il Bergmann ha concesso una netta individualità considerandola come l'innesto fugace e recidivante di una gastrite acuta sul fondo di una gastrite cronica, dovrebbe rientrare nel campo dell'eretismo gastrico, che tiene maggior conto del disturbo di funzione. Così pure la predisposizione alle ulcere, la « malattia dell'ulcera senza ulcera » deve riconnettersi coll'eretismo gastrico, poichè l'una e l'altro sono parimenti dipendenti da una stessa labilità del sistema neurovegetativo, e dalla particolare disposizione dell'organo. Una parte dei dolori dell'ulcera, specie quelli incostanti, si spiegano con l'eretismo dello stomaco il quale a sua volta è accentuato dalla presenza dell'ulcera, onde tra questa e l'eretismo si crea un vero e proprio circolo vizioso. Ma l'eretismo gastrico può decorrere, lo abbiamo detto, con carattere puramente funzionale, e l'ulcera può insediarsi indipendentemente dall'eretismo; perciò entrambi i processi morbosi conservano la loro individualità e il rapporto che li lega è assai complicato e non obbligato; fondalmente esso risiede su una labilità costituzionale neurovegetativa.

Si spiega così anche come l'eretismo gastrico e l'ulcera possano associarsi di frequente ad altre malattie (colecistite, appendicite, coliti), che anch'esse poggiano su disquilibri neurovegetativi; non si tratta dunque di successioni morbose, non di « malattie secondarie » nel senso di Rössle, ma di una vera e propria « coordinazione patologica ».

La diagnosi di « eretismo gastrico » è puramente funzionale, ma non esclude, anzi esige la ricerca di tutte le possibili alterazioni organiche, perchè la constatazione dell'ulcera non controindica la presenza dell'eretismo, nè questo quella.

Concludendo, il Siebeck, per quanto si faccia sostenitore di una interpretazione « funzionale » della sintomatologia gastritica, pure esprime delle vedute che si avvicinano in parte a quelle del Bergmann; questo infatti accetta di considerare il disturbo di funzione come l'espressione primissima di una lesione organica, quello ammette che l'« eretismo » è solo il principio di una diagnosi e dà grande valore ai rapporti che lo connettono alle lesioni organiche della mucosa.

La gastrite, secondaria a molti processi infettivi per una lesione della mucosa da parte dei prodotti della disintegrazione albuminoidea, nel concetto del Bergmann, diviene in quello del Siebeck un fenomeno coordinato di squilibrio neurovegetativo; ma e per l'uno e per l'altro domina la predisposizione latente dell'organo stesso all'offesa.

L'antico concetto di « neurosi gastrica » è bandito e l'espressione di « funzionalità » dei disturbi assume un significato nuovo che sempre più l'avvicina a quello di « organicità », preludendo a un definitivo accordo tra queste due tendenze che per tanto tempo si sono contese il campo.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. Istituto di Clinica Chirurgica dell' Università di Roma

diretto dal Prof. R. ALESSANDRI.

Un caso di pielite in un rene con doppio uretere e vaso anomalo.

Dott. NINO SPINELLI

della R. Scuola di Chirurgia.

Varie sono e bene studiate, specialmente ora che l'endoscopia, la radioscopia, la pielografia ed il pneumorene ce lo permettono in maniera perfetta, le anomalie degli ureteri, che noi per comodità di esposizione divideremo in:

1) Anomalie di numero per uretere bifido uni- o bilaterale; per uretere doppio anch'esso uni- o bilaterale con sbocco che può anche essere extravescicale; per uretere bifido da un lato e doppio dall'altro; per la presenza di tre ureteri in un rene, come nel caso di Legueu;

2) Anomalie di calibro e forma per presenza dell'infundibolo pieloureterale, del colletto dell'uretere, della dilatazione fusiforme lombare o pelvica, per il restringimento iliaco, torsioni, valvole, ecc.;

3) Anomalie di sbocco varie a seconda che si tratti di uomo (uretra prostatica, vescichetta seminale, canale eiaculatore) o di donna (uretra, meato uretrale, vagina, collo dell'utero, tube, ecc.);

4) Diverticoli dell'uretere unici ad ampolla, per uretere doppio incompletamente sviluppato, per uretere bifido parzialmente chiuso o — come nel caso di Pepere — multipli a forma di dita di guanto;

5) Dilatazione cistica dell'estremità inferiore dell'uretere.

Uno studio completo dell'argomento basato sui casi di anomalie raccolte nella nostra

R. Clinica Chirurgica ed operati dal prof. Alessandri, l'ha fatto Vitale, secondo cui queste anomalie non appaiono rare dato che esse raggiungono il 2,25 % su tutti i malati renali osservati ed operati dal 1923 al 1928. Tale percentuale concorda con quelle di Krause e Papin.

Tutte queste anomalie sono di natura sicuramente congenita e la loro origine è da ricercare in alterazioni più o meno profonde dello sviluppo embriologico dell'apparecchio urinario.

Clinicamente esse sono quasi sempre mute, meno che nei casi con sbocchi ectopici in cui l'incontinenza dell'urina richiama su di esse l'attenzione del medico, e mute esse rimangono fino a che non intervenga un qualche nuovo fattore (calcolosi con o senza infezioni secondarie, tubercolosi, ecc.) a metterle in evidenza. Tale nuovo fattore non può tardare molto a presentarsi, data la spiccata elettività che hanno alcune malattie verso gli organi malformati.

L'interesse chirurgico di tutte queste anomalie è veramente considerevole.

L'uretere doppio unilaterale che ci riguarda in questo caso e che, secondo Papin, non è un'anomalia molto frequente, sembra che prediliga il lato sinistro e sia più frequente nella donna che nell'uomo. Il calibro dei due ureteri è quasi sempre normale ed uniforme; solo talvolta uno è dilatato. Ognuno di essi ha una propria pelvi più o meno grande e solo raramente essa, specie la superiore, manca ed il suo uretere riceve direttamente due o tre calici.

I bacinetti non comunicano tra di loro. I due ureteri decorrono quasi sempre in una medesima guaina in cui il superiore, sempre posteriore, è abitualmente dapprima interno, poi incrocia l'inferiore per di dietro e diviene esterno, infine lo incrocia di nuovo sempre per di dietro, vicinissimo alla vescica, per ridivenire interno. Mac Kinney, Boeckel e Frank, Perlmann hanno visto dei casi che non seguivano questa legge, in cui il decorso dei due ureteri era parallelo. Anche il mio caso differisce da questo comportamento, poichè l'uretere superiore incrocia due volte l'inferiore passandogli prima sopra e poi sotto e divenendo da posteriore, anteriore prima e viceversa dopo.

Gli sbocchi degli ureteri in vescica non si comportano sempre nella stessa maniera: talvolta sono vicinissimi, a canna di fucile, tal'altra sono separati da una distanza variabile.

L'uretere inferiore serve i tre quarti inferiori del rene, il superiore il quarto superiore. È raro che i due ureteri si dividano perfettamente il territorio renale.

Il rene abitualmente non è aumentato di volume o lo è di poco; talvolta è allungato, talvolta presenta un solco mediano orizzontale e fa intravedere una certa tendenza alla suddivisione; talvolta, più spesso, è normale. Saudifort pubblicò un caso in cui esso era più che doppio di quello dell'altro lato. In un solo caso, quello di Hausermann, vi era anche un doppio rene.

Alcune volte si è notato che alla anomalia dell'uretere si associa un'anomalia vasale. La vascolarizzazione di questi reni con anomalie ureterali non è indicata in tutte le osservazioni segnalate nella letteratura. Papin nei suoi cinque casi trovò, oltre i vasi normali, tre volte un'arteria e due vene, una volta due arterie e due vene, una volta tre arterie e tre vene. Tenendo conto di tutti i casi pubblicati, si vede che in tre casi vi erano due arterie, in un sol caso tre, in quattro casi uno.

Ecco il caso che io riferisco:

Valeria E., di anni 12, di Roma. Letto n. 14, n. d'ord. 165.

Madre morta a 33 anni di tubercolosi polmonare. Padre e due fratelli viventi e sani.

Nata da parto eutocico, ebbe allattamento materno. Normali i primi atti fisiologici. Non mestruata.

All'età di 4 anni ebbe morbillo, guarito bene senza complicanze. A 6 anni fece, a scopo profilattico, cure climatiche montane che continuò fino all'età di 11 anni.

Di tanto in tanto, negli ultimi 3 anni, avvertì lieve dolore continuo alla regione lombare sinistra che durava qualche ora e la costringeva al riposo a letto in decubito supino.

Nell'aprile dello scorso anno si ammalò di parotite bilaterale, guarita dopo 15 giorni.

Nel luglio, accusando senso di malessere generale, deperimento di forze, lievi elevazioni termiche a tipo serotino, fu osservata radiologicamente e le furono riscontrate glandole ilari. Di tutti questi disurbi guarì in seguito ad intense cure ricostituenti.

Il dolore lombare si è andato frattanto ripetendo con frequenza maggiore.

Da due mesi a questa parte le urine sono diventate torbide ed abbondanti, con frequenza notevole di minzioni.

In questi ultimi tempi il dolore si è ripetuto a tipo di colica ogni 4 o 5 giorni, durando circa 2 ore e scomparendo sempre quasi completamente nel decubito supino. Le urine divennero rossastre.

Entra in questa clinica il 19 gennaio 1929.

E. O. Condizioni generali mediocri. Costituzione gracile. Stato di nutrizione discreto. Colorito pallido della cute, rosa pallido delle mucose visibili. Sensorio integro. Decubito indifferente. Lingua detersa umida. Polso regolare ritmico frequente.

Torace simmetrico. Nulla alla palpazione, per-

cussione, ascoltazione. Cuore nei limiti; toni netti.

Apparato linfoglandolare: microadenia inguinale e sottoascellare.

Stato chirurgico: addome ben trattabile, indolente in tutti i suoi quadranti. Fegato e milza nei limiti.

Non si riesce a palpare i reni. Lieve dolorabilità del punto costovertebrale sinistro. Punti ureterici indolenti.

Esame dell'urina: quantità delle 24 ore, 1550 cmc. Reazione acida. Densità 1014. Urea 8 %. Albumina presente in tracce.

Esame microscopico del sedimento: emazie e leucociti ben conservati; molti globuli di pus; qualche cellula della pelvi e della vescica; rari ossalati.

Esame batteriologico dell'urina prelevata con cateterismo: stafilococchi in notevole quantità. Negativa la ricerca del bacillo di Koch.

Cutireazione positiva.

Azotemia: 0,36 ‰; pressione Mx. 120, Mn. 80.

Esame della funzione renale con la fenolftaleina (1 cmc. endovenoso):

Raccolta vescicale: 1° quarto d'ora 4 %; 2° quarto d'ora 25 %; 2ª mezz'ora 35 %; 3ª mezz'ora 35 %.

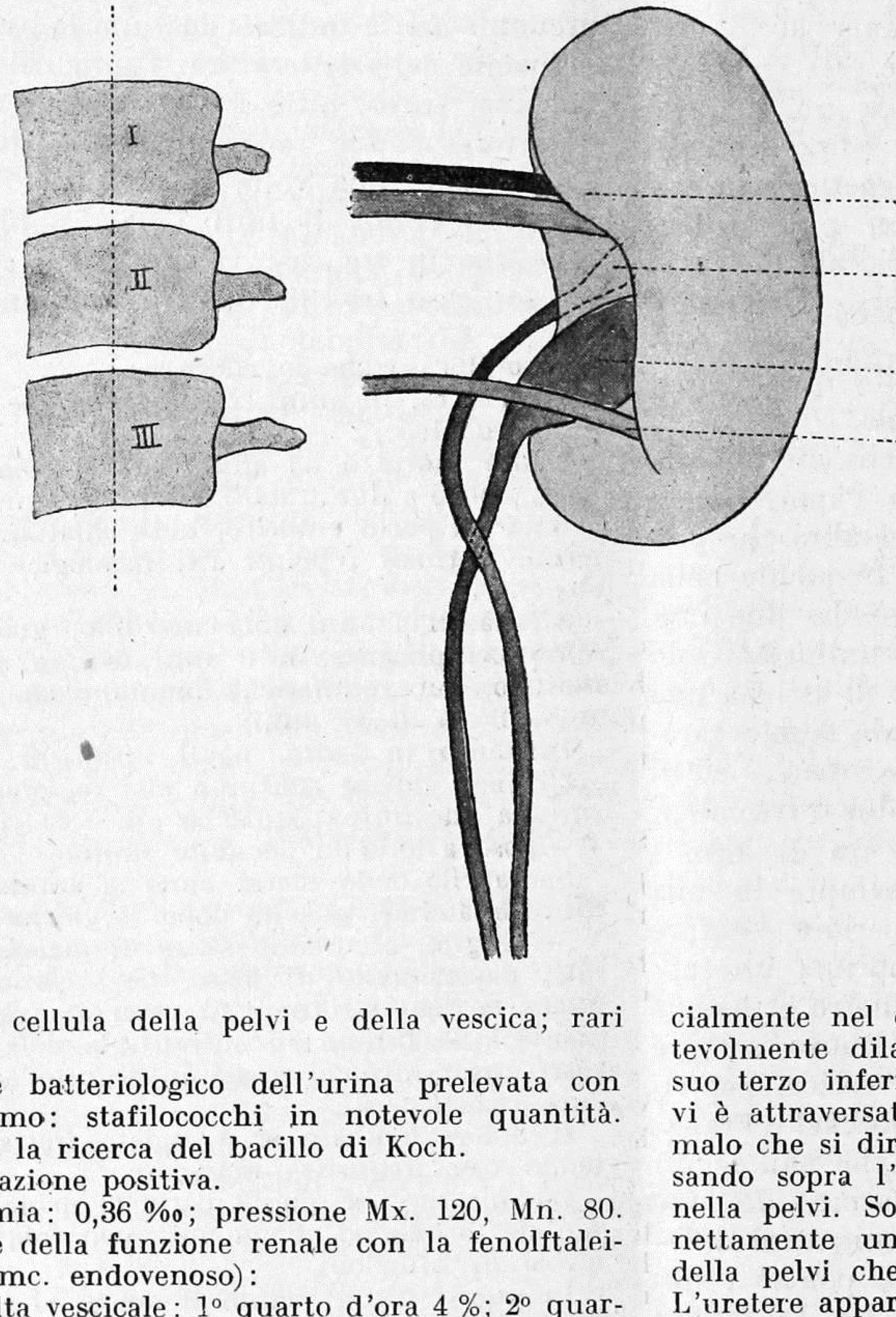
Cistoscopia: vescica normale, ben continente. Si vedono due sbocchi ureterali in posizione e di aspetto normale. Con l'eliminazione dell'indigo carminio si mette in evidenza un terzo sbocco puntiforme situato vicinissimo, leggermente al di sotto e all'interno, a quello di sinistra. Viene praticato agevolmente il cateterismo dell'uretere di sinistra attraverso il quale si manda nella pelvi il liquido opaco. Si tenta inutilmente di cateterizzare lo sbocco anomalo che continua ad emettere una piccola quantità di colore, ma dato il suo calibro ristretto, non permette il passaggio della punta del catetere.

Pielografia: notevolissima dilatazione della pelvi e dei calici.

Si istituì un trattamento di urotropina endovenosa, e completate le varie indagini cliniche, si decise l'intervento operativo con diagnosi di pielite in cui si sospettò, oltre al doppio uretere (dato il carattere dei dolori che la paziente asseriva cessare nel decubito supino) la presenza di un vaso anomalo.

L'operazione, eseguita dal prof. Alessandri, è così descritta:

Incisione lombare sinistra. Estrinsecazione del rene che si presenta aumentato di volume specialmente nel diametro verticale. La pelvi è notevolmente dilatata. Non si palpano calcoli. Nel suo terzo inferiore, sulla faccia anteriore, la pelvi è attraversata da un grosso vaso venoso anomalo che si dirige trasversalmente sulla cava passando sopra l'uretere nel suo punto di sbocco nella pelvi. Sollevando il vaso anomalo si vede nettamente un solco sull'uretere e sulla sacca della pelvi che determinava l'inginocchiamento. L'uretere appare normale.



Ad un più attento esame si osserva un secondo uretere, di calibro poco inferiore al primo, che si può seguire bene in alto dove imbocca il rene sulla faccia posteriore con una piccolissima pelvi ed in basso fino a quasi i 2/3 della sua lunghezza. Esso è dapprima posteriore, poi incrocia il primo uretere e diventa anteriore. I due ureteri decorrono separati fin dove è possibile spingere l'esplorazione, dove sembra che abbiano tendenza a proseguire parallelamente.

(È chiaro però — dato che lo sbocco anomalo in vescica, corrispondente al secondo uretere, è

posto inferiormente e medialmente — che un altro incrocio doveva esistere tra i due ureteri per cui il secondo che, fin dove si vedeva era anteriore e laterale, diveniva nell'ultimo tratto posteriore e mediale).

Sezione del vaso anomalo tra due legature, resecandone un tratto di circa 3 cm.

Fissazione del rene al piano muscolare quanto più in alto è possibile con due punti in catgut a tutto spessore.

Chiusura della parete per prima.

La paziente uscì di Clinica l'11 aprile 1929, guarita.

CONCLUSIONI.

Ho creduto opportuna la descrizione di questo caso non solo per la sua relativa rarità, ma anche per segnalare ancora una volta l'importanza che hanno i vasi anomali specie nella produzione di ristagni o di dilatazioni pelviche o ureterali che favoriscono l'infezione secondaria.

Qualcosa di simile deve essere avvenuto nel nostro caso in cui la compressione esercitata dal vaso anomalo, teso come una corda su cui si appoggiava il rene con la pelvi nella posizione eretta del corpo produceva il ristagno delle urine e la conseguente dilatazione a monte. Se a questo si aggiunge il fatto che l'uretere superiore, dapprima posteriore diventava anteriore incrociando al davanti — a contatto quasi perfetto — l'inferiore, si spiega benissimo tutto il quadro clinico di questo caso in tutti i suoi particolari.

L'intervento operativo, che ha resecato il vaso anomalo, e, fissando il rene in alto, allontanato gli ureteri l'uno dall'altro, è bastato ad ovviare a tutti i disturbi che affliggevano l'ammalata ed a darle la guarigione in brevissimo tempo.

SOMMARIO.

L'anomalia descritta, producendo ristagni e dilatazione delle prime vie urinarie, favoriva l'infezione; difatti l'intervento ha determinato rapida guarigione.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI R. Surgery, Gynecol. a. Obstetr., luglio 1928.

ASCOLI M. Archivio It. di Ur., vol. IV, fasc. II, 1927.

BOECKEL e FRANK. Journ. d'urol., vol. XXXI, n. 2, 1926.

BRAASCH e SCHOLL. Annali It. di Chirurgia, 1923.

BUERGER LEO. Surgery, Gynecol. a. Obstet., tomo XXVIII, n. 183, 1919.

BUGHEE et LOSEE. Ibid., n. 97, 1919.

DAY. Journal of urologie, vol. XI, n. 3, 1924.

EINSENDRATH et PHIFER. Ibid., vol. XIII, n. 5, 1925.

FRANK. Ibid., vol. XXI, n. 1, 1929.

FURNISS. Ibid., dicembre 1922.

GASPARI. Ibid., t. XXII, n. 6, 1926.

GAIRINGER e CAMPUNSANO. Ibid., vol. XIV, 1925.

HARPESTER, BROWN e DELCHER. Ibid., vol. XIII, 1922.

HOFFMANN. Ibid., vol. XII, n. 4, 1924.

JAMES E. DAVIS. Ibid., vol. XX, n. 2, 1928.

KILBANE. Ibid., vol. XXIV, 1927.

ID. Surgery-Gynecol. a. ob., v. XLII, n. 1, 1926.

LEGUEU. *Traité d'urologie*, vol. II.

MARION. Ibid., vol. I.

PAPIN. *Chirurgie du rein*, vol. I.

ID. Archives des maladies des reins, giugno 1926.

ID. Ibid., marzo 1923.

ID. Société Franç. d'ur., 17 gennaio 1927.

ROCHET et THEVENOT. Arch. It. d'urologia, vol. II, 1925.

ROBERT. Journal of urologie, t. XI, n. 3, 1925.

VERLIAC. Ibid., t. XXII, n. 6, 1926.

VITALE. Arch. It. d'urologia, 1929.

WALTHER. Ann. of. Surgery, vol. LXXXII, n. 6, 1925.

Ospedale Provinciale di Zara - Sezione Chirurgica.

Rigenerazione uretrovescicale dopo ampia resezione

per il dott. F. GRAZIANI, primario.

Il prof. Ravasini nel 1925 a proposito di un suo operato di cistectomia, concludeva: « Finora non mi sono noti casi di asportazione di gran parte del trigono con impianto dell'uretere all'orlo della mucosa sana rimasta, nè di resezione dall'uretra dalla contiguità col trigono ».

Da quel tempo credo non siano stati descritti casi del genere e perciò mi pare non privo di interesse lo studio di un paziente da me operato nel 1928 e del quale non ho scritto prima per poter riferire del suo stato anche a distanza.

M. P., di anni 64, da Zemonico (Jugoslavia), viene ricoverato nella mia sezione nel maggio 1928 per prostatite ipertrofica.

Ci dice però che i suoi disturbi datano da anni, ma che da qualche mese, soffre di forti dolori e di tenesmo e che in questi ultimi tempi, ha avuto ematurie per altro non molto intense, nè molto frequenti.

L'esame obbiettivo ci fa rilevare con l'esplorazione rettale, la prostata modicamente ingrossata, molto dolente alla palpazione, a superficie irregolare, sparsa di noduli duri; linfoghiandole inguinali.

L'introduzione del cistoscopio riesce dolorosissima e provoca sangue. Notiamo: deformazione del collo e del trigono ch'è disteso e protuberante all'interno della cavità vescicale; mucosa vescicale iperemica, verso il collo sparsa qua e là di granulazioni.

La nostra diagnosi, confermata poi dall'esame istologico postoperatorio, fu di carcinoma prostatico in prostatite ipertrofica. Poichè le condizioni generali del paziente si mantenevano alquanto buone e pur essendovi metastasi inguinali, non si rilevavano metastasi ossee o di altri organi, così si decise l'intervento; azotemia 0.25 %. Preferimmo la via transvescicale per la evidente compartecipazione della vescica e quindi perchè per tale via, ci parve di poter meglio dominare il campo, anzichè per la via perineale o ischiorettale che resta sempre la via classica di Völcker specialmente quando si ha ragione di ritenere di dover solamente praticare la prostatectomia extracapsulare.

Nel nostro caso come in altri consimili, Pauchet consiglia la via transvescicale e Nicolich e Ravasini consigliano, quando è possibile, l'enucleazione transvescicale degli adenomi prostatici con nodi carcinomatosi.

Preparammo per vari giorni, il paziente con lavaggi vescicali e con iniezioni endovenose giornaliere di urotropina al 40 % e quindi passammo all'intervento.

4-7-1928. Cloromorfionarcosi — epicistotomia — spingendo in alto la prostata dal retto, con l'indice della mano destra in vescica, cerco di aprire con l'unghia la mucosa della parete del collo e dell'uretra. Ma s'incontrano subito enormi difficoltà per aderenze tenaci tra prostata, capsula e parete uretrovescicale. Aperta quindi la parete col tagliente, con questo, con la forbice e col cucchiaio, si asporta la prostata a frammenti e si prosegue quindi la escissione della capsula e del connettivo periprostatico. Ma il trigono al di sotto del cercine interureterico, il collo e l'uretra hanno anche consistenza dura e superficie irregolare, granulosa, talora leggermente nodulare ed eguali segni si rilevano diffusi sulle pareti laterali e su quella anteriore della vescica al di sopra del collo per qualche centimetro.

Il dito esploratore percepisce come una massa dura, compatta, scabra formata quasi dal saldarsi di tutte le parti descritte; che si ferma salendo in alto nella vescica e che si approfonda scendendo nella uretra.

Scollo allora totalmente la vescica dal pube e con la forbice procedo alla resezione e mobilizzazione della vescica infiltrata, del collo e dell'uretra interrompendo quest'ultima per lungo tratto, dalla sua continuità con la vescica.

Posteriormente risalimmo con la resezione fin circa a mezzo centimetro al di sotto del cercine interureterico quivi arrestandoci e asportando perciò quasi tutto il lembo inferiore del trigono.

Riunisco con doppia sutura la grande breccia vescicale formando una nuova vescica ridotta alquanto di volume e aperta per un breve tratto verso l'addome per il tubo di drenaggio. Ciò facendo, pensai che non era possibile alcuna sutura tra vescica e uretra sana per la difficoltà della sutura stessa, data la distanza tra le parti da affrontare e quindi per la quasi nessuna speranza di attecchimento.

Ci parve invece che l'individuo, anche sopravvivendo alla operazione e al morbo, sarebbe stato condannato al cateterismo addominale permanente.

Pensai tuttavia ad un tentativo da escogitare se non altro, a titolo di esperienza.

Con un catetere metallico attraversai l'uretra fino a fuoriuscire dietro al pube nello spazio libero tra vescica ricostruita e uretra residua. Col dito introdotto in vescica, feci pressione sull'estremo interno del catetere spinto a premere contro un punto sano della vescica stessa fino a perforarla ottusamente. Con adatta manovra quindi feci attraversare all'estremo interno del catetere la cavità vescicale facendolo fuoriuscire dall'apertura ipogastrica. Ricoprii allora tale estremo con molti giri di grosso filo di seta infine annodato, sì da formare una solida e grossa oliva in seta, lasciando liberi, s'intende, i fori di deflusso dell'urina.

Cominciai allora gradatamente la trazione sull'estremo esterno del catetere, finchè col dito introdotto successivamente in vescica e poi nello spazio perivescicale sottopubico, potei controllare il foggiarsi di un nuovo collo vescicale plasmato sulla oliva in seta e l'avvicinamento di tale collo quanto maggiormente era possibile, verso l'uretra residua fino a circa un centimetro e più da essa.

Per mantenere tale trazione, apponemmo sull'estremo esterno del catetere, striscie di cerotto che lo tenessero solidamente fissato sul pene e sulla coscia destra. Per il resto, zaffammo gli spazi perivescicali drenandoli con tubi di gomma, drenando anche la vescica per l'apertura ipogastrica e suturando parzialmente l'addome; vuotamento degl'inguini.

Il paziente sopportò abbastanza bene l'intervento — ore 1,15 — perdendo discreta quantità di sangue: ipodermoclisi con soluzione fisiologica, rettoclisi a goccia continua di siero glucosato nelle prime quarantotto ore; lavaggi vescicali.

Al terzo giorno rimuoviamo gli zaffi e al quarto sostituiamo il tubo vescicale.

L'urina defluisce prevalentemente dall'addome e in minima parte dal catetere uretrale per i primi giorni; nei giorni successivi aumenta il deflusso per il catetere.

Nei primi giorni si ebbe anche modica febbre che poi scomparve. All'ottavo giorno rimuoviamo con precauzione il catetere, cercando di sostituirlo con uno semirigido o molle. Ma non è possibile l'introduzione dell'uno o dell'altro per le molte anfrattuosità che s'incontrano, mentre meno difficile riesce l'introduzione di un nuovo catetere metallico che fissiamo come il primo all'interno e all'esterno.

Dopo quattro giorni ci fu possibile l'introduzione di un catetere molle montandolo su mandrino metallico; lo fissammo sempre allo stesso modo, ricambiandolo ogni due, tre giorni.

Complessivamente il catetere fu tenuto per circa 60 giorni, mentre verso il quarantesimo giorno togliemmo la fissazione interna in seta avendo constatato col dito la formazione di un infundibolo, quasi nuovo collo vescicale, e avendo inoltre osservato che il cateterismo funzionava ormai correntemente dando la sensazione che non vi fosse alcuna dispersione di urina negli spazi perivescicali.

Contemporaneamente perciò, togliemmo il tubo addominale e lasciammo chiudere la ferita ipogastrica, il che avvenne relativamente presto.

Cominciammo quindi a saggiare la funzionalità della nuova vescica togliendo il catetere per qualche ora. Ma le prime volte, intervenivano preco-

cemente dolori, senso di stiramento e l'individuo era incapace di mingere. Sicchè dopo tre-quattro ore, bisognava rimettere il catetere.

Durante questi giorni, si manifestò un piccolo ascesso sulla piega perineo-scrotale certamente da infiltrazione urinosa durante gli sforzi.

Ma in breve — dopo circa 15 giorni — il paziente cominciò ad urinare spontaneamente, dapprima con una certa difficoltà e una certa frequenza ed in seguito, avvicinandosi sempre più alla normale. Il piccolo ascesso inciso e medicato, guarì e dopo circa tre mesi complessivi di degenza il paziente fu dimesso guarito.

Dopo qualche mese fu ricoverato ancora con disturbi della minzione, dolori ed ematuria. Pensammo ad una recidiva della quale però non rilevammo i segni obbiettivi. Invece con un catetere in vescica, percepimmo nettamente l'urto contro vari calcoli.

Non volendo produrre eventuali lesioni sugli organi neoformati con l'uso del litotritore e anche per verificare nuovamente la cavità vescicale, procedemmo ad una nuova epicistotomia asportando quattro calcoli, a superficie irregolare, due della grossezza ciascuno di un grosso cece e due ciascuno del volume di una noce. Aperti poi tali calcoli, trovammo che i due più grossi risultavano di incrostazioni calcareofosfatiche avvenute intorno ad alcune lunghe anse di grosso filo di seta certamente residuali ai fili che per lungo tempo e a più riprese tennero avvolto l'estremo del catetere e che talora venivano tagliati e frammentati per essere tolti più sollecitamente.

I calcoli si trovavano innicchiati nel bassofondo vescicale. Le pareti della vescica erano solide, la cavità alquanto ampia, senza scabrosità, nè durezze.

Guarigione per seconda, dimesso dopo circa un mese.

Ritornò ancora ai primi di quest'anno e constatammo la presenza in vescica di altri calcoli che asportammo con nuova epicistotomia, in numero di due, del volume di una noce senza corpo estraneo all'interno: vescica sempre normale.

Il paziente attualmente è ancora sano, accudisce al lavoro dei campi e non ha fastidi di sorta.

Possiamo nel nostro caso pensare ad una rigenerazione uretrovescicale? Evidentemente sì perchè la vescica interrotta dall'uretra per un lungo tratto e lasciata senza sutura e distanziata dall'uretra stessa, riprese la normale funzione, nè la perdette ad onta dei disturbi per vario tempo, apportati dai calcoli che ripetutamente si formarono; quindi continuità, capacità e funzionalità ripristinate dopo interruzione del lume vescico-uretrale. Nè per la ripresa della normale funzione può invocarsi il meccanismo prospettato dal Pasteur cioè della evacuazione dell'organo riformato più per azione delle contrazioni addominali anzichè di quelle della vescica; le constatazioni istologiche ed anatomo-patologiche su ammalati e su deceduti e le esperienze sui cani dimostrarono erroneo il pensiero di Pasteur.

Dunque dobbiamo ammettere che a ridosso del catetere metallico che agì anche da stimolo, si rigenerò il tessuto vescicale e uretrale fino a riparare alla perdita di sostanza con elementi normali e capaci quindi di normale funzione.

Il processo di rigenerazione delle pareti della vescica fu infatti dimostrato dagli studi di Tizzoni, Schwarz, Poggi, quando nella resezione si rispetti il trigono di Lieutaud.

Delfino nel 1921 praticò sui cani la cistectomia totale e subtotale e constatò la neo-formazione dell'organo con elementi normali anche senza praticare alcuna sutura sui margini della perdita di sostanza.

Ma già nel 1896 Viliaminoff aveva presentato il risultato di una resezione ampia della vescica da lui praticata all'uomo e nella quale si ebbe guarigione con fistola urinosa.

Il Legueu praticò la resezione totale conservando il trigono con l'impianto degli ureteri ed ottenne guarigione.

Nicolich senior nel 1912, praticò una cistectomia avvicinando con qualche punto i margini residuali al trigono intatto e ottenne guarigione e funzione normale che durò molti anni. In un secondo caso anche nel 1912, lo stesso Nicolich ottenne guarigione dopo cistectomia a trigono conservato. Ma dopo più di un anno essendo morto l'ammalato, all'autopsia si potette constatare una nuova vescica che all'esame istologico risultò formata da due strati di epitelio, il più superficiale a cellule cilindriche mentre nella sottomucosa si notarono fibre muscolari e fibre connettivali. Ed ancora in un terzo caso operato nel 1913 dal Nicolich, l'ammalato essendo deceduto dopo qualche mese, si rinvenne egualmente una nuova vescica ad elementi pressochè normali.

Carraro nel 1922 constatò la guarigione e il ripristino della funzione in seguito a rigenerazione spontanea della vescica avvenuta in un individuo traumatizzato e con rottura della vescica le pareti della quale caddero in necrosi e vennero quasi totalmente eliminate.

Nel caso del Ravasini la cistectomia da lui praticata comprendeva anche gran parte del trigono per cui egli reimpiantò l'uretere destro sull'orlo del lembo di vescica rimasta. Nello stesso tempo egli resecò la vescica dall'uretra asportando quella parte di uretra che gli apparve malata e suturando parzialmente l'uretra sana al residuo vescicale.

Il malato guarì. Pertanto il suo caso dimostra che la vescica può rigenerarsi anche dopo asportazione di gran parte del trigono e che l'uretra distaccata dal trigono anche se suturata parzialmente alla vescica attecchisce per evidente rigenerazione del suo lume nei suoi

elementi per cui si ritorna alla normale funzione.

Il mio caso dimostra ancora la rigenerazione della vescica e dell'uretra dopo asportazione di gran parte del trigono e di vari centimetri di uretra e il ritorno alla funzione.

È dunque il secondo caso nel quale si ottenne guarigione asportando gran parte del trigono; è il primo caso nel quale si ottenne guarigione asportando con gran parte del trigono, un gran tratto di uretra, lasciando i margini senza sutura nè addossamento, ma solo avvicinati.

***

Altri casi dopo la mia pubblicazione, saranno certamente trattati col mio metodo e perciò non sarà inutile accennare a qualche dato di tecnica al quale io sono pervenuto e che mi riprometto di confermare sperimentalmente.

Il catetere deve essere introdotto in una zona sana della nuova vescica, mediante perforazione per via ottusa per modo che le pareti della vescica si adattino perfettamente e si modellino sulle pareti del catetere e della oliva, ciò che non si potrebbe ottenere se il catetere fosse introdotto tra le suture delle pareti vescicali.

Il catetere da usare non può essere che il metallico che non si deforma nella introduzione e che ha la forza di perforare. Ma vi è il problema della permanenza *in situ* e della trazione da fare su di esso.

Se si trattasse solo della permanenza, si potrebbe sul catetere metallico applicare un dispositivo sul tipo di quelli dei cateteri molli di Malécot, di Pezzer o di Pousson. Ma dovendo il catetere servire anche per la trazione più o meno forzata (allo scopo di avvicinare la vescica all'uretra plasmando nello stesso tempo un nuovo collo) in luogo della grossa oliva da me fatta in seta, ma che logicamente ha i suoi inconvenienti, potrà meglio servire un catetere appositamente costruito per l'operazione descritta e da me per il primo praticata.

Tale catetere che si adatterebbe bene anche per altri usi, deve essere a curva Mercier, smontabile nell'estremo segmento interno e sostituibile, mediante impanatura a vite, con una oliva in metallo e forse meglio in vulcanite (per evitare decubiti) forata per il deflusso dell'urina.

Zara, 28 novembre 1929 - VIII.

RIASSUNTO.

In un caso di carcinoma prostatico l'A. ha asportata la prostata, gran parte del trigono e un tratto dell'uretra.

Con adatto processo operatorio da lui ideato ottenne guarigione con rigenerazione uretro-vescicale.

È questa la prima operazione di resezione dell'uretra del trigono.

BIBLIOGRAFIA.

VILIAMINOFF. Società Chir. di Pietroburgo, 1896.
NICOLICH. Bulletin de la Soc. Franç. d'Urol., 1920.
DELFINO. Società italiana di Chirurgia, 1921.
CARRARO. Società Italiana di Urologia, 1922.
NICOLICH e RAVASINI. *Trattato di Urologia.*
RAVASINI. Società Italiana di Urologia, 1925.

TECNICA.

Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Roma
diretta dal Prof. Sen. E. PESTALOZZA.

Note tecniche sulla embriotomia cefalica.

Dott. UGO LA MONICA.

Le operazioni embriotomiche sono andate diminuendo sempre più di frequenza, sia per le migliorate cognizioni sulle distocie nello stato puerperale (viziature pelviche, tumori, presentazioni abnormi del feto, ecc.), alle quali porta luce talvolta la radiografia, sia per i notevoli progressi compiuti dalla asepsi e dalla antisepsi che, prevenendo la febbre, hanno reso quasi innocui, si può dire, i più complessi interventi vaginali e addominali.

Le operazioni intese ad allargare il bacino, ma più che altro i brillanti successi ottenuti con i vari tipi di cesarea, hanno contribuito nel modo più efficace a dare una specie di ostracismo alla embriotomia in genere, ostracismo che ci ha procurato anche il grande conforto di avere pressochè distrutto il triste capitolo della embriotomia su feto vivo.

Assai più di rado si presenta oggi la necessità della craniotomia e anche le indicazioni sono cambiate; la opportunità poi di dover inclinare o addirittura rompere la base, per giungere ad espletare il parto, insorge assai difficilmente.

Attualmente, pur volendo tenere nel debito conto le distocie già accennate, possiamo dire che anche nello stringato esercizio, che della craniotomia si fa negli ambienti clinici, le indicazioni più comuni, si riducono a due: febbre in travaglio, dilatazione incompleta, bacino più o meno normale, feto morto. Oppure: feto gravemente compromesso, bacino normale, testa già forse deflessa, che un tentativo di forcipe, con trazioni fuori verso, ha valso a deflettere maggiormente, frustrando così qualsiasi ulteriore tentativo di flessione e di rotazione.

Per le scarse occasioni di eseguirla, il medico pratico si trova oggi, di fronte alla craniotomia, in uno stato, direi, di quasi perenne noviziato, donde appare utile di studiare un po' davvicino, le modalità di questa operazione, in modo che presentandosi l'evento, il medico possa agire con calma ordinata e sicura.

Per compiere questo intervento alcuni preferiscono di far fissare la testa da un assistente, altri invece consigliano di servirsi costantemente del forcipe, come più sicuro mezzo di fissazione. A quale dei due metodi conviene dare la preferenza?

Ecco, se la testa è fissa e lo è, nella grande maggioranza dei casi, perchè difficilmente si incontrano, oggi, le viziature pelviche di una volta, l'applicare il forcipe può essere superfluo, perchè nessuna trivella o altro strumento perforatore potrà, durante lo spappolamento della sostanza cerebrale, spostare di molto una testa bene impegnata nello scavo.

Però la testa può anche essere libera all'ingresso. Se dobbiamo perforare tra le branche del forcipe, bisogna prima mettere in situ lo strumento, ma anche per far questo, è necessario che un assistente fissi la testa dall'esterno; e allora, perchè non servirsi di questa fissazione per forare addirittura la testa?

Si dice: dopo la craniotomia e la scerebrazione, la testa si riduce e allora lo stesso forcipe che prima ha valso a tenerla ferma, durante la trivellazione, ci servirà da mezzo di trazione per portarla al pudendo. A questo punto torna acconcia una domanda: la scerebrazione fu fatta a dovere? In tal caso il forcipe può lasciare la presa, perchè i diametri della volta sono stati soppressi; ma allora, a bacino normale, tanto valeva fare una applicazione di forcipe solo, senza ricorrere alla craniotomia.

La craniotomia, è operazione da non affrontarsi alla leggera; sarà bene averne vagliato prima tutti i pro e i contra, perchè purtroppo l'accompagnano molti pericoli di lesioni genitali e laddove un forcipe può risolvere la situazione, si addimostra scarso tatto clinico, impegnandosi in interventi che, anche per ragioni sentimentali, possono nella pratica privata esporre il medico ad apprezzamenti, non troppo benevoli, sulla, fortemente chirurgica, opera sua.

In sostanza, chi si accinge alla craniotomia può trovarsi di fronte ad una di queste tre condizioni:

1) distocia pelvica e dilatazione completa;
2) distocia del collo e bacino normale;
3) distocia del collo e del bacino.

Supponiamo che ci si presenti il primo caso:

Distocia pelvica: 80 mm. di C. V. e dilatazione completa. Testa nel trasverso, semifissa all'ingresso. Forcipe nel diametro occipitofrontale. Con le trazioni, la testa viene impegnata nello scavo, ma intanto il biparietale tende ad aumentare il suo diametro... Però la perforazione e la scerebrazione, subito eseguite, lo riducono facilmente; resterà la base: 75 mm. che attraverserà, facilmente, gli 80 mm. di C. V.

In questo caso, il forcipe può essere realmente di grande utilità.

Secondo caso: Distocia del collo e bacino normale: rigidità anatomica del collo, con 6 cm. di dilatazione. Il bacino è normale. Ricordiamo che il seno di tutti i forcipi, considerato esternamente, misura cm. 9-9 1/2. La testa, dopo la scerebrazione, essendo diminuita, in senso perpendicolare, di 4 cm. per la soppressione della volta, resterà con il diametro irriducibile della base: 75 mm. e quello più piccolo, mento nasale: 55 mm. È chiaro che durante la fissazione della testa, fatta con il forcipe, o peggio durante le trazioni, il collo dell'utero che era a 6 cm. sarà forzato di colpo da 3 cm. e più di dilatazione estemporanea, i quali potranno anche salire a quattro, se l'applicazione fu asimmetrica, cosa assai facile ad avverarsi, se la testa era deflessa, cioè con il mento allontanato dal torace.

Non è difficile il comprendere che, in questo caso, è stato proprio il forcipe a provocare la lacerazione frustrando completamente, nei confronti del collo, gli scopi conservatori perseguiti dalla craniotomia. E valga il vero: se il bacino è normale e il collo ha raggiunto, attraverso una cospicua lesione bilaterale, una dilatazione traumatica che ha per limiti le uterine, ancora indenni, non si sa come, che cosa pretendiamo ancora dalla craniotomia? Ormai, passa tutto quello che si vuole e chi ancora avesse dei dubbi, pensi che nessun forcipe sarà disposto a ridurre il suo seno, sol perchè è stata scerebrata una testa, inclusa fra le sue branche.

Terzo caso: Distocia del collo e del bacino. Ad es. primipara, febbricitante da due giorni; con 5 cm. di dilatazione e 60 mm. di C. V. Quale sarà la terapia? Dilatazione manuale o strumentale per la distocia delle parti molli. Basioclisia e, se non basta, basiotrissia per la viziatura pelvica.

La fissazione della testa, con il forcipe, sarebbe poco consigliabile, in questo caso, anzitutto perchè il voler introdurre più strumenti in una C. V. tanto poco ospitale, può riser-

varci delle sorprese spiacevoli, eppoi perchè la presenza del forcipe, per quanto poco, impaccia sempre riducendo lo spazio, e può indurre l'operatore, se la testa è alta, a situare, in modo poco perpendicolare la trivella, donde il facile scivolamento della punta, dalla testa al promontorio che, se non si sta in sull'avviso, potrà anche essere perforato in luogo della testa. Da ultimo si consideri che se, dopo fatta la perforazione, la testa neppure riesca a passare, allora bisogna togliere il forcipe e applicare altri strumenti; in tali condizioni, riesce certo meno indaginoso fissare la testa dall'esterno e perforare direttamente nel punto più accessibile.

Riassumendo: risulta evidente che la fissazione della testa, con il forcipe può essere una buona indicazione solo nel I caso quando cioè vi sia distocia pelvica, non al di sotto però di 75 mm. di C. V. e dilatazione completa o facile a raggiungersi.

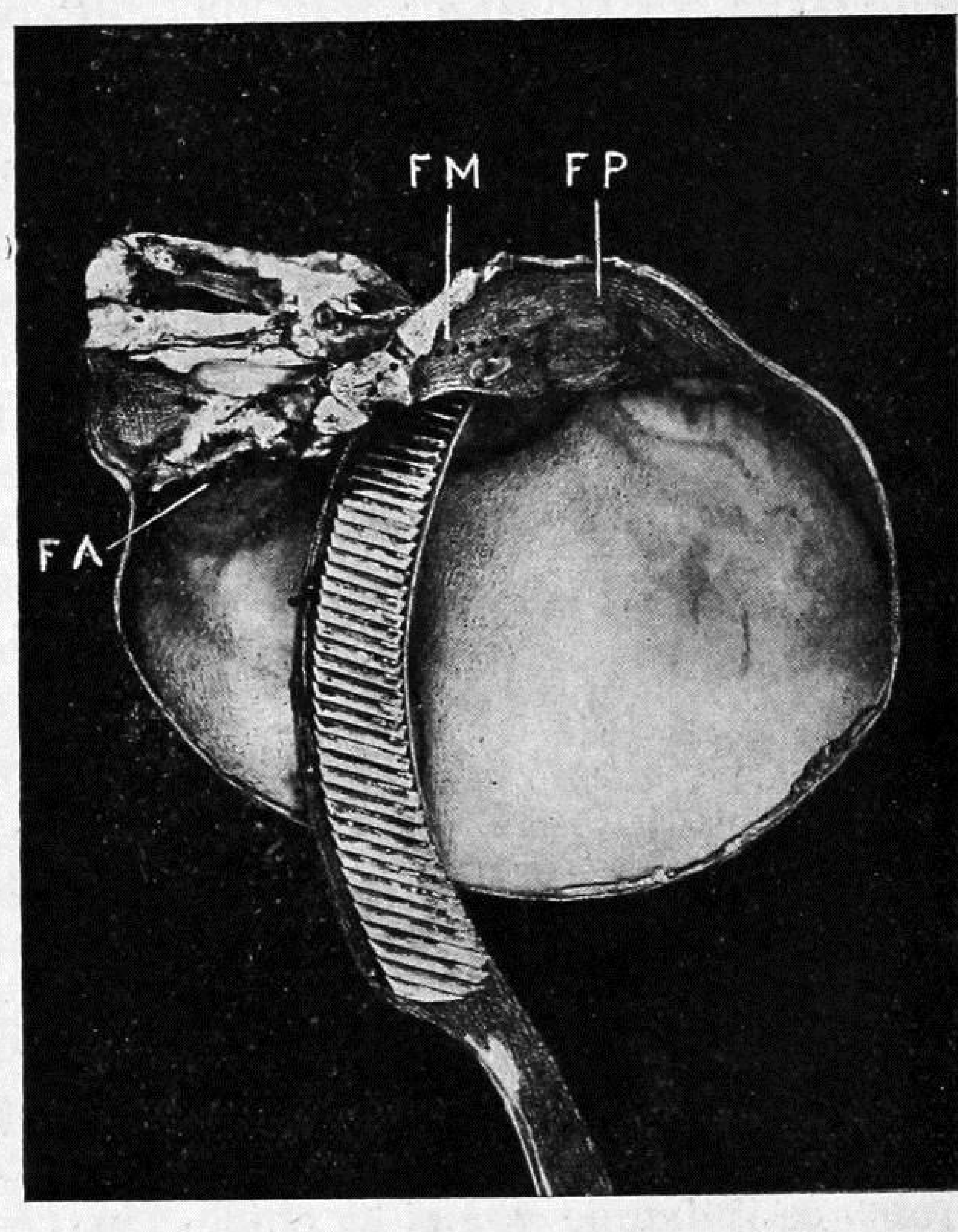


FIG. 1

Appare quindi linea di condotta, molto accettabile, quella di far fissare la testa da un assistente in quei casi in cui sia veramente mobile eppoi, dopo la perforazione e la scerebrazione applicare il cranioclaste, avendone preventivamente ben studiato la tecnica. Il cranioclaste ha il vantaggio di avere delle dimensioni assai piccole, che direttamente non possono forzare la compagine del collo, e sarebbe uno strumento ideale, se non presentasse, purtroppo, l'inconveniente di sfuggire, assai facilmente.

Da ricerche fatte, alcuni anni or sono, su questo apparecchio, dovetti accorgermi che la causa della sfuggita a vuoto è data da un contrasto di misure fra testa e cranioclaste, ed ecco come: Se facciamo una sezione sagittale della testa di un feto e asportiamo il cervello, vediamo subito le ben note tre fosse: anteriore, media e posteriore. (V. fig. 1: FA; FM; FP).

Occupiamoci delle prime due; misuriamo la distanza che intercede fra queste e la grande fontanella. Da questa alla fossa orbitaria o anteriore, corrono cm. 5-5 1/2, mentre, sempre dalla fontanella quadrangolare alla fossa cranica media, o sfeno petrosa, troviamo dai 7 agli 8 cm.

Perchè riesca l'applicazione sulla faccia (da tutti ritenuta come la più solida) bisogna che la parte scabra della branca maschio, lunga cm. 8, cada nella fossa cranica media. Se capita in quella anteriore, od orbitaria, alta cm. 5, lo strumento, articolato, farà la presa sulla sola fronte.

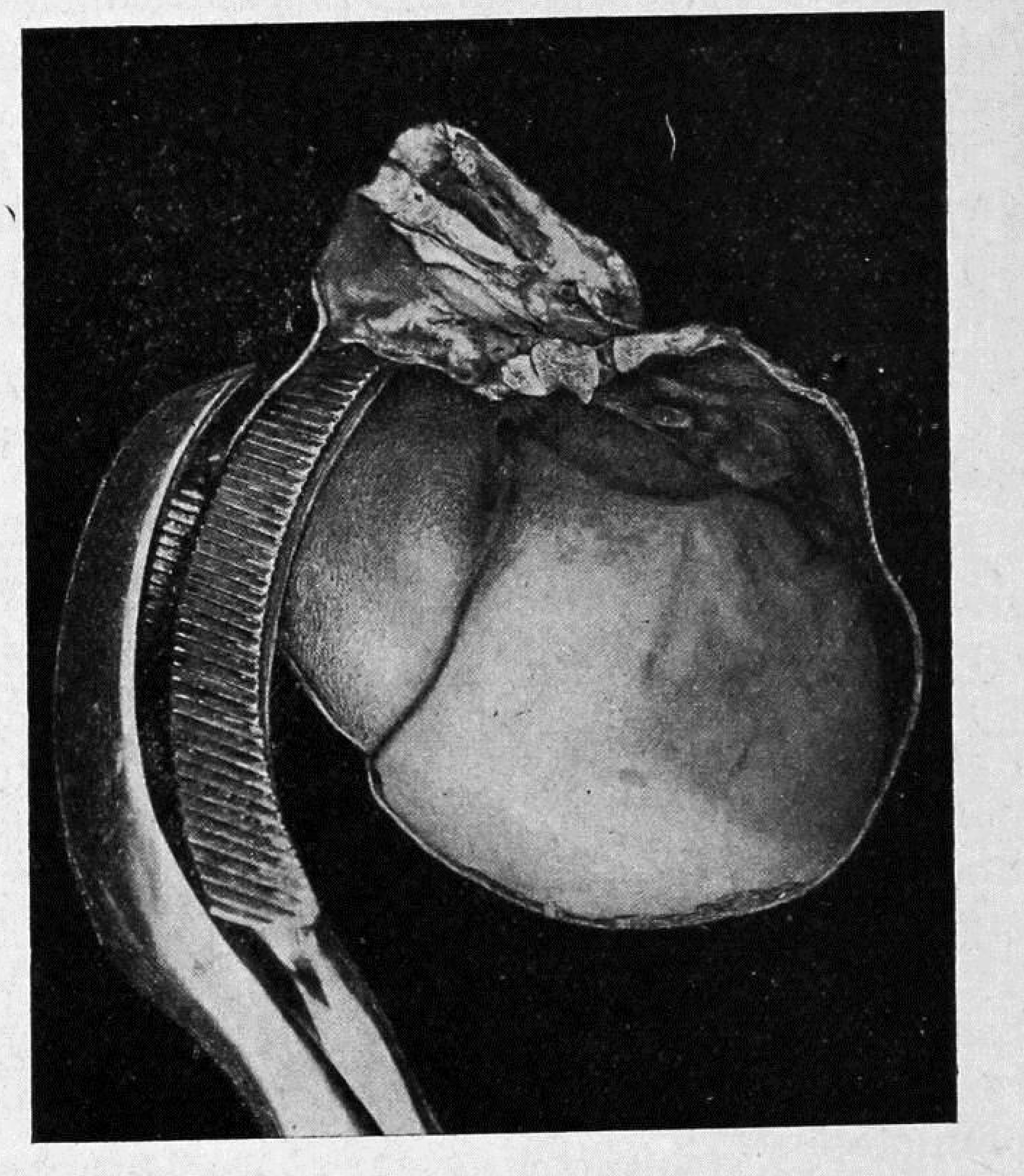


FIG. 2.

Dicemmo che la distanza fra la grande fontanella e la fossa cranica media o sfeno-petrosa è di cm. 8; questa però è la distanza totale, ma in realtà la fossa, che deve ricevere la parte scabra della branca, è profonda appena 1 cm. Ora è proprio nella insufficienza di questa doccia anatomica, la ragion vera dei frequenti insuccessi del cranioclaste, nelle applicazioni sulla faccia.

Dicono i trattati, nel descrivere la tecnica della craniotomia: Spingete la prima branca

molto in alto, verso la base... Ma dove, precisamente? È possibile ritrovare il punto favorevole? Ma anche ammesso un atterraggio di fortuna, si manterrà in posto questa branca quando, applicata la seconda, vorremo articolare? Purtroppo, per la presenza delle meningi e della viscida materia cerebrale, nell'80 % dei casi la prima salterà fuori dalla fossa sfeno-petrosa, e, scivolando su quella orbitaria, verrà ad abbattersi dietro la fronte. Applicata la femmina (fig. 2) alle prime trazioni si iniziano i distacchi dei frontali ed il cranioclaste esce, anche di colpo, portando talvolta saldamente incluse nel morso, schegge taglienti di ossa, che purtroppo possono essere causa di temibili lesioni della vescica o del retto.

Le vere presentazioni da cranioclaste, per quanto assai rare, sono quelle di fronte e di faccia perchè offrono la presa più valida allo strumento. Infatti, applicata la prima branca nella fronte o nella regione orbitaria raggiungeremo con la seconda una presa breve (perchè fa ostacolo la regione anteriore del collo del feto) ma solidissima del cono basiofaciale.

Riprendendo l'argomento della craniotomia, dobbiamo dire che sino a 75 mm. di C. V. possiamo servirci della trapanazione, scerebrazione e estrazione della testa o craniotraxia con due soli strumenti, quelli al giorno d'oggi più in uso: trivella del Vicarelli e cranioclaste del Braun; ma al di sotto dei 75 mm. dovremo ricorrere ad altre risorse.

Non è più possibile ad esempio con 70 mm. di C. V. far passare un cranio fetale che ha nella base 75 mm., irriducibili; bisogna allora metterla di sbieco, questa base, inclinarla; se avremo prima ben scerebrata la testa, la volta cranica sarà scomparsa o per meglio dire accasciata e allora, non sarà difficile far passare la testa, che oramai presenta come ostacolo i soli 55 mm. di diametro mento-nasale, attraverso i 70 mm. di C. V. I 75 mm. della base, quando la testa sia stata messa di sbieco, saranno facilmente ingoiati dalla C. V. di 70 mm.; avremo così compiuto la basioclisia, che alcuni chiamano cranioclisia ed altri, cranioclastia.

Se poi il bacino scenderà sotto i 60 mm. di C. V., allora anche con l'inclinazione è ben difficile che un cranio normale riesca a passare, dovremo interrompere la compagine della base, frantumarla, fare in una parola, la basiotrissia o cefalotrissia o basioclastia.

Tanto la basioclisia che la basiotrissia, sono operazioni che sono venute perdendo completamente terreno, col progredire della coltura dei medici e delle levatrici, ma siccome nella pratica può capitare ancora qualche raro caso, che ne presenti l'indicazione, è bene che il medico ne sia edotto; ne faremo perciò un brevissimo cenno.

La testa, può raffigurarsi ad un cono quando si consideri come altezza il diametro fronto-occipitale e come base l'ovoide, un po' irregolare, dato da questi limiti: radice del naso, diametro bizigomatico, diametro bimastoideo, mento. Una testa a termine, non potrà mai essere trascinata ad attraversare una C. V. di 60 mm. perchè i 75 mm. della base sono irriducibili. Dovremo usare l'accorgimento di mettere la base di sbieco e allora questo diametro resta quasi soppresso e il mento nasale che è di 55 mm. supererà abbastanza agevolmente i 60 mm. della C. V.

La basioclisia può farsi con il cranioclaste ed anche, però è poco consigliabile, con l'uncino acuto. Per comprendere subito come si ottenga la basioclisia, basta pensare che la testa del feto sia attraversata da due linee ideali: una A, che dall'occipite vada alla fronte; l'altra B, che attraversi le tempie. È proprio, nel semplice giuoco di queste due linee, la basioclisia.

Supponiamo una OST. Se vogliamo, dopo la perforazione del parietale anteriore, che è il D, applicare il cranioclaste ci accorgiamo subito che meccanicamente non è possibile; allora, ruotando un po' la testa con le dita lungo la linea A, cioè il diametro occipito-frontale, facciamo scendere il parietale posteriore (e non è molto difficile, perchè la testa non è impegnata) perforiamo questo, scerebriamo e applicato il cranioclaste abbassiamo prima la parte della base che guarda il sacro e poi, per portare l'occipite sotto il pube, rovesciamo la curvatura pelvica del cranioclaste mettendola all'opposto di quella del bacino; traendo, la testa scende al pudendo. La testa, può rotare anche secondo la linea B nel diametro trasverso cioè e allora le prese possono essere due: occipitale e fronto-faciale. Forata la testa nel primo caso in vicinanza, o proprio nella piccola fontanella, introdurremo quivi la branca maschio e all'esterno la femmina. Fatta l'articolazione porteremo, se sarà possibile, l'occipite sotto il pube, così la base si metterà di coltello. Però la manovra di estrazione difficilmente riesce perchè proprio mentre portiamo l'occipite sotto il pube, vengono a presentarsi contemporaneamente all'ingresso del bacino gli spessori della faccia e quelli del collo; così si spiega talvolta come questo processo possa fallire anche a 75 mm. di C. V.

Il metodo faciale è il migliore, perchè offre

una presa solidissima, proprio sul cono basio-faciale del quale facemmo parola.

Forata ad esempio la grande fontanella in una ODT, si applica il cranioclaste sulla faccia e allora l'occipite tocca il collo e il diametro bimastoideo = 75 mm. o base del cranio contrasterà con la C. V. di 60 mm.; l'estrazione sarebbe molto indaginosa. Se noi però giriamo il mento sotto il pube si confronterà con la C. V. il diametro mento nasale: 55 mm. e l'estrazione seguirà agevolmente.

Questo metodo, come è noto, è indubbiamente il migliore di tutti e, quando riesce, risolve bene e sollecitamente la situazione, però, per le ragioni che ho detto più innanzi (e cioè difficile penetrazione, o mancata permanenza della branca piena nella fossa sfeno-petrosa) molte, troppe volte fallisce. E allora l'operazione perde qualunque direttiva e diviene: atipica...

Di quattro processi adunque, ne restano in concorrenza, a seconda dell'atteggiamento della testa, due: quello del parietale posteriore e il facciale.

Con il primo non bisogna andar sotto 65 mm. facendo scendere per primo nella cavita pelvica il lato della base che corrisponde al sacro. Con il secondo che consente sino a 55 mm. di C. V. si ruota il mento dietro il pube, in modo da impegnare il diametro mento nasale.

Giunti a questo punto, può darsi che la testa esca agevolmente, ma molte volte accade, col metodo del parietale posteriore, ad esempio, che detto parietale venga avulso dal cranio del feto, o se si adopera il processo faciale, è proprio uno dei frontali, o ambedue, che abbandonano la testa del bambino. La calotta cranica mutilata, non offre più alcuna presa al Braun e allora non resta che ingegnarsi in un penoso lavoro di pinze a quattro denti, senza le quali, del resto, molte craniotomie resterebbero incompiute.

Si potrebbe anche pensare all'uncino acuto, ma questo arnese è meglio che il medico pratico lo lasci da parte, perchè l'operazione potrebbe orientarsi verso il retto o la vescica della donna, mentre il tema è la testa del bambino.

Da tutto ciò che è stato detto, si deduce che la craniotomia (perforazione e scerebrazione) è intervento che può offrire qualche difficoltà, specie nel 2° tempo, cioè nella estrazione della testa (craniotraxia).

L'inclinazione della base è un'operazione tutt'altro che facile la quale non potrà mai essere eseguita correttamente, se non sia stata prima ben compresa nella sua parte teorica. Dopo la basioclisia faremo cenno, per essere completi, della basiotrissia (operazione oggi divenuta rarissima) con la quale ci si propone di sopprimere la base del cranio, ma, prima di parlare di questo argomento, mi sia consentita una breve digressione.

Nel 1927, feci un modesto tentativo (1) per vedere se era possibile di eliminare i pericoli inerenti alla craniotraxia. Costruii una specie di tirateste (cranioestrattore) che presentai al Congresso di ostetricia e ginecologia 1927) dopo aver ultimato numerose prove sperimentali sul bacino di ferro, con cadaveri di neonati. Le prove sperimentali ebbero pieno successo e quindi l'animo si aprì alle più rosee speranze

I professori Alfieri e d'Erchia, che cortesemente ne approvarono il concetto informatore di impedire veramente le lesioni del canal genitale, fecero delle riserve sul funzionamento dell'apparecchio e il tempo ha, in parte, dato loro ragione.

Le prove cliniche fatte poi sulla donna, per gentile concessione del prof. Pestalozza, dettero risultati non univoci.

Di fronte a qualche prova positiva, si alternavano le negative, cioè la testa portata ottimamente, con l'apparecchio, dal distretto superiore sino in prossimità del piano perineale, perdeva quivi la presa; quali potevano essere le cause? Studiando l'argomento, mi accorsi che nel bacino di ferro, anche a C. V. assai ristretta, artificialmente, il cranio fetale trova due appoggi rigidi, di contrasto alle trazioni, uno dato dal pube e l'altro dal promontorio. Superato che abbia questo punto ristretto, la testa è intieramente libera e l'esperimento è terminato, perchè gli ostacoli sono finiti. Nella donna, invece c'è ancora una barriera molle da superare: l'elevatore dell'ano, ma questo specie nella sua porzione pubica, si trae di lato, durante la discesa forzata della testa e allora le ossa che delimitano la grande fontanella (i due frontali ed i due parietali) si sollevano e il tirateste esce a vuoto.

Se invece la presa è fatta nell'occipite o nella porzione lambdoidea dei parietali, queste ossa resistono alle trazioni e l'estrazione riesce completa.

In fondo, i successi si alternano con gli insuccessi ed i risultati non differenziano di molto da quelli che può dare il cranioclaste.

Vi sono però tre punti, da segnalare, per

(1) Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, anno 1928, pag. 503, testo e figure.

dire il vero, e che non sono privi di una certa importanza.

Anche se il cranioestrattore esce a vuoto e di scatto, non si determinano mai lesioni e le prove cliniche confermarono tutte pienamente questo concetto.

Usando il cranioestrattore, non vi è bisogno di studiare la tecnica, un po' complessa della basioclisia. Questa si compie automaticamente: afferrata la testa, ad esempio nella grande fontanella, non occorre alcun virtuosismo operatorio per farle attraversare un bacino viziato; basta tirare in basso: la base si mette di sbieco e scende costantemente, prima la parte che guarda il pube e, subito dopo, con una specie di scatto sordo, quella in rapporto con il promontorio.

Da ultimo, il cranioestrattore riesce a fare anche la basiotrissia.

Terminando la digressione e ritornando alla basiotrissia, possiamo dire che questo intervento, rarissimo ai giorni nostri, potrà farsi quando insorgano particolari difficoltà di estrazione, in bacini sotto i 60 mm. Allora l'inclinazione della base, specie se la testa non fu molto bene scerebrata, non riesce e non vi è da far altro che frantumare la base, e anche la faccia e l'occipite, in modo da ridurre al limite minimo, gli spessori della testa.

Per questa operazione, abbandonati i forcipi compressori a seno ridotto, sono oggi, in uso i cosidetti basiotribi, che possiamo considerare come un forcipe lungo, con branche strettissime e potenti, con un seno di circa 4 cm. Fra le due branche è inserito uno stilo. Con lo stilo, che si usa come trivella, si perfora il cranio e poi si mette la prima branca e si stringe la vita al massimo; con ciò si infrangono le ossa della faccia, ad esempio (piccolo schiacciamento), poi si applica l'altra branca e, facendo lavorare la vite di pressione, si frantuma l'occipite (grande schiacciamento). Con queste due manovre la base è ripetutamente fratturata. Anche attraverso una C. V. ristretta, non oltre però i 55 mm. una testa, schiacciata in questo modo, potrà passare liberamente.

Prima di chiudere queste note, desidero rispondere a una domanda che da qualche lettore si potrebbe fare: Perchè il cranioestrattore non è stato comunicato? Le cause sono semplici; perchè se ha qualche piccolo vantaggio sul cranioclaste, ha ancora comune con questo, il difetto di non tenere sempre la presa e questa menda, che è grave, ho speranza, per quanto molto lontana, che, con ulteriori studi, potrà essere eliminata.

L'argomento è difficile, però par quasi inconcepibile come l'ostetricia operativa, che in poco più di un cinquantennio si è arricchita di tante poderose conquiste, debba essere rimasta, per la craniotomia, al punto in cui la lasciarono, prima del 1870, Simpson, Braun, Pheling e in Italia l'Acconci, una ventina di anni dopo.

È bene che i medici pratici e gli specialisti portino il contributo del loro pensiero su questo capitolo, perchè i tentativi fatti finora, anche da altri, sono molto lodevoli nelle intenzioni, ma, checchè se ne dica, non hanno punto risoluto il problema. Le stesse difficoltà, e in realtà sono molte, che il tema offre, debbono eccitare gli studiosi a tentare di risolverlo, perchè in tutta l'ostetricia non v'è più disorientata e fortunosa operazione di questa, operazione che se procura talvolta postumi assai dolorosi alla puerpera, bisogna ricordarsi che non li risparmia neppure al medico che li possa aver provocati.

Concludendo:

L'embriotomia cefalica è andata diminuendo nelle indicazioni parallelamente al miglioramento delle cognizioni ostetriche in generale, eppoi della asepsi e della antisepsi.

Pur essendo operazione, molto meno frequente di una volta, è necessario che il pratico ne conosca le modalità ed i pericoli in modo da non trovarsi del tutto impreparato al momento imprevedibile del cimento.

È molto discutibile se convenga far sempre la craniotomia, fra le branche del forcipe. In alcuni casi anzi questo sistema, è decisamente non consigliabile.

I quattro metodi, teorici, per fare la basioclisia, in pratica, si riducono a due: il processo del parietale posteriore e quello facciale.

Attualmente, la maggior parte delle craniotomie termina non con il cranioclaste, ma con le pinze a quattro denti. Il pratico, ne sia sempre provvisto.

La basioclisia e la basiotrissia, sono divenute, per fortuna, operazioni rarissime, ma bisogna anche riconoscere che non sono facili nella loro attuazione.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, potremmo consigliare le seguenti norme, per la craniotomia e la craniotraxia, che sono gli interventi embriotomici rimasti nella pratica comune. Scerebrare più che si può il cranio fetale, portandolo in basso con qualunque mezzo; se a questo punto insorgono difficoltà, uso prudente e rampicante delle pinze a quattro denti.

Da tutto ciò che è stato detto risulta evidente, che per diminuire gli infortuni ostetrici, è necessario studiare una tecnica più sicura per l'embriotomia cefalica; quel fortunato ricercatore che arriverà a risolvere il quesito avrà compiuto due buone azioni: avrà tutelato la salute della donna e la reputazione del medico.

Per completare l'argomento vi sarebbe da fare cenno della embriotomia sul tronco, ma forse, sarà per un'altra volta.

RIASSUNTO.

Il cranioclaste sfugge, il più delle volte, dalla testa perchè la fossa cranica media, ove dovrebbe fermarsi lo strumento per far buona presa sulla faccia, è talmente poco profonda che non gli consente di restarvi.

Il mio cranioestrattore (Atti Società Ost. e Ginec. 1928) che è un tentativo di miglioramento della craniotraxia, pur non avendo risoluto completamente il problema, presenta il vantaggio di non determinare lesioni, di ottenere la basioclisia, automaticamente, e di poter compiere anche la basiotrissia.

SUNTI E RASSEGNE.

AVVELENAMENTI.

La metaemoglobina e i veleni metaemoglobinizzanti.

(M. DUVOIR e R. GOLDBERG. *Paris Médical*, 28 dic. 1929).

La metaemoglobina risulta da una trasformazione dell'ossiemoglobina sotto l'azione di varie sostanze chimiche od anche spontaneamente se il sangue è messo al riparo dalla putrefazione.

Si dà il nome di agenti metaemoglobinizzanti alle sostanze chimiche, alle forme di energia e alle condizioni fisiche e fisiologiche sotto l'influenza delle quali la materia colorante del sangue si trasforma in metaemoglobina (Derrien).

Questi agenti possono essere divisi in due gruppi: chimici e fisici.

Gli agenti chimici sono numerosi: alcuni sono riduttori, come l'amidofenolo, la nitrobenzina, l'anilina ecc.; altri sono ossidanti come il clorato di potassio, il permanganato di potassio ecc.

Tra gli agenti fisici i più importanti sono: il calore e il laccamento.

Tutti i veleni metaemoglobinizzanti dànno una sintomatologia analoga, tranne qualche modificazione dovuta ad una azione particolare del prodotto in causa, come si vedrà più avanti.

Dal punto di vista clinico i due sintomi fondamentali sono: la cianosi ardesiaca e la dispnea.

La cianosi si manifesta con una tinta bluastra della pelle che inizia all'estremità del naso, alle orecchie, ai pomelli ed alle unghie.

La dispnea comparisce più tardi ed aumenta progressivamente. Ad essa si accompagna prima tachicardia, poi bradicardia. Nello stesso tempo si hanno convulsioni localizzate o generalizzate.

Intossicazione da nitrobenzene: questa sostanza è adoperata per la fabbricazione della anilina; serve anche in profumeria e in confetteria sotto il nome di essenza di mirbano.

L'azione del veleno è molto lenta. I sintomi iniziali sono la cefalea, le vertigini e l'astenia; quindi la cianosi ed infine la dispnea.

L'intelligenza è intatta: ma il p. presenta una sonnolenza sempre più accentuata fino al coma.

Intossicazione da anilina: la penetrazione di questo veleno avviene sopratutto per via cutanea. L'ingestione è accidentale o volontaria a scopo suicida.

I casi di intossicazione si osservano negli operai addetti alla fabbricazione e alla utilizzazione delle materie coloranti e tinture oppure nei portatori di scarpe o vestiti tinti con colori di anilina o in coloro che usano tingersi i capelli con tinture alla paraphenilendiamina, derivato dell'anilina.

Oltre i sintomi abituali dei veleni metaemoglobinizzanti si notano un insieme di disturbi nervosi (eccitazione o depressione) causati dalla qualità di solvente dei lipoidi che possiede l'anilina. Esiste cefalea, vertigini, ronzii alle orecchie, oscuramento del campo visivo e parestesie.

Nella intossicazione cronica, la cianosi scompare in genere con la cessazione del lavoro e la sintomatologia tutta si attenua.

Nel caso di intossicazione con tinture per i capelli si osserva una eruzione prima eritematosa poi vescicolare ed infine nei casi gravi un eczema sulla faccia, collo, petto. Tutti i tessuti sono tumefatti e gli occhi sono chiusi.

Intossicazione con la nitroglicerina: questa è adoperata in terapia sotto il nome di trinitrina. Nei casi lievi si ha cefalea forte, vertigini e lipotimie. Nei casi gravi si aggiunge la cianosi, la irregolarità nell'azione cardiaca e poi la morte durante uno stato comatoso.

Intossicazione con i clorati: in terapia è il clorato di potassio che viene adoperato quasi sempre per uso esterno. In qualche caso però lo si somministra anche per bocca in soluzione acquosa (3-4 grammi p. d.).

Gli avvelenamenti col clorato di potassio dipendono quasi sempre da errore, perchè, data la eliminazione rapida di questa sostanza, essi si osservano solo in casi di assorbimento massivo. Tuttavia in qualche caso la morte è seguìta ad ingestione di dosi relativamente pic-

cole ed anche in conseguenza di semplici gargarismi.

Si distingue una forma iperacuta, nella quale il p. muore in alcune ore presentando cianosi, dispnea, vomiti, diarree e insufficienza cardiaca; ed una forma acuta che evolve in alcuni giorni e nella quale si hanno lesioni renali che si rivelano con colorazione brunoscuro delle orine, oliguria, albuminuria, uremia. Nella forma lieve dell'intossicazione, la sintomatologia è assai attenuata.

Diagnosi anatomo-patologica: l'autopsia può dare informazioni importanti solo in caso di intossicazione da clorato di potassio. Qui il sangue ha un colore bruno-cioccolato che appare nei diversi organi e specialmente nel cervello. I reni presentano pure detta tinta. Alla sezione di essi, i calici e i bacinetti sono ripieni di una sostanza nera grumosa. Le piramidi sono finemente striate in nero. All'esame istologico, i glomeruli appaiono integri; i tuboli invece sono pieni di una sostanza nerastra composta di piccole masse amorfe mescolate ad emazie deformate.

Il fegato e la milza sono tumefatti ed infiltrati di depositi nerastri.

Ricerca e dosaggio della metaemoglobina e loro risultato: dei due metodi in uso, quello di Nicloux e quello di Balthazard, è il secondo che deve preferirsi per la sua semplicità e facilità e per il fatto che richiede solo una piccola quantità di sangue.

Nel cadavere è difficile la ricerca della metaemoglobina perchè questa sostanza scompare non appena si sviluppano i processi di riduzione. Perciò non la si ritrova quasi mai nelle intossicazioni da nitrobenzene, anilina ecc. Invece si riesce sempre a metterla in evidenza negli avvelenamenti da clorato di potassio poichè questa sostanza con la sua azione antisettica rallenta i processi riduttori di origine batterica.

La scomparsa della metaemoglobina nel cadavere va di pari passo con la rapidità della putrefazione e sarà più precoce nei vasi del corpo che non in quelli degli arti.

Bisognerà perciò ricercarla nelle piccole arterie del sottocutaneo ove essa, grazie alla diffusione dell'ossigeno a traverso la pelle, persisterà più a lungo.

La diagnosi del veleno si basa sui risultati di una inchiesta accurata, sui particolari della autopsia e sui sintomi accessori dell'avvelenamento.

L'odore di mandorle amare dell'alito e del vomito e all'autopsia dello stomaco parleranno per il nitrobenzene. L'anilina sarà svelata dalla presenza di paramidofenolo nelle orine. Il clorato di potassio sarà messo in evidenza per mezzo della reazione di Frésénius nelle orine, saliva ecc.

Terapia: bisogna innanzi tutto tentare di sottrarre il più rapidamente possibile l'organismo dell'avvelenato all'azione dell'agente metaemoglobinizzante, per mezzo di emetici e lavande gastriche, se l'assorbimento è stato fatto per la via digerente.

Si cercherà poi mediante inalazioni ed iniezioni sottocutanee di ossigeno, di lottare contro l'abbassamento della capacità respiratoria.

Secondo alcuni infine gli alcalini avrebbero azione antimetaemoglobinizzante: potrà perciò tentarsi anche una terapia di questo genere.

VICENTINI.

FEBBRE TIFOIDE.

Episodi appendicitici all'inizio e nel corso della febbre tifoide.

(S. G. GIARDINA. *Giorn. Med. Osped. Venezia*, n. 4, agosto 1929).

L'insorgenza d'un'appendicite nel corso di una infezione è un'osservazione ormai comune; per quanto riguarda i rapporti tra appendicite e febbre tifoide, si possono avere diverse eventualità: 1) si suppone un'appendicite e si tratta d'una febbre tifoide; 2) si pensa a quest'ultima, ed è presente invece un'appendicite; 3) si pensa all'una delle due eventualità, e ci si trova di fronte ad entrambe le malattie.

In quest'ultimo caso si tratta di due malattie, o complicazioni o localizzazioni multiple di una stessa malattia? Il caso può avere diverse spiegazioni, a seconda che l'appendicite sia prodotta dallo stesso germe o tossine tifiche, o da altri germi, come si ha nelle comuni appendiciti non tifose; si possono pertanto distinguere durante il decorso della febbre tifoide due forme: appendiciti tifose e non tifose. Batteriologicamente però è facile trovare un'associazione batterica nelle forme tifiche, la quale non esclude l'azione di altri germi, oltre quello tifico, e viceversa non si può escludere questo in appendiciti di altra natura. Recenti ricerche avrebbero stabilito che nel corso del tifo e del paratifo si sviluppa nell'appendice una costante, contemporanea localizzazione ed evoluzione del processo così come si ha nell'ileo e nel colon.

In quanto alle perforazioni dell'appendice, queste sono meno frequenti nelle forme da infezione tifica da quelle che si riscontrano in forme ad infezione banale.

La mortalità nelle appendiciti tifiche è superiore del 75 % a quelle ottenute in altre forme infettive, dopo l'operazione; ciò dev'essere messo in rapporto verosimilmente con la qualità del germe, oltre che con la precocità dell'intervento.

L'appendicite tifica può insorgere in qualunque periodo dell'infezione tifica, e talora essere l'ambasciatrice di tale malattia; non si sa con precisione per quanto tempo i bacilli del tifo possono restare accumulati nell'appendice; alcune osservazioni non lasciano però dubbio su tale fatto.

Per spiegare l'insorgenza d'un'appendicite prima che compaia l'infezione tifoide, sono sufficienti le ricerche del Sanarelli sulle infezioni intestinali; secondo tale A. l'infezione tifica esalta la virulenza di altri germi; applicando tale osservazione sperimentale alla clinica, appare evidente che le appendiciti non tifiche sono il risultato d'un'infezione batterica banale diventata più virulenta.

Questa constatazione spiega anche l'insorgenza, per es., di ascessi streptococcici durante il corso d'un'infezione tifoidea, e di tali esempi l'A. riferisce un caso.

Talora una pregressa infezione appendicolare può far stabilire delle aderenze e lasciare dei reliquati, i quali durante il corso d'un'infezione tifoidea possono dare dei dolori simili ad un attacco appendicolare, e indurre in un intervento chirurgico, non assolutamente indicato.

Più rari a riscontrare sono gli ascessi pileflebitici del fegato, in dipendenza d'un'appendicite avvenuta nel corso d'una infezione tifoide. La sintomatologia, in tali evenienze, è identica a quella che si ha nei casi non tifosi.

Una diagnosi differenziale tra appendicite e infezione tifoide talora è irta di difficoltà, e può esporre a facili errori. L'A. riferisce la sintomatologia delle due forme, pur riconoscendo che in alcuni casi, il dubbio impone un intervento di chirurgia, che può essere anche errato. Tuttavia l'intervento in casi di appendiciti durante la febbre tifoide, se fatto con le dovute cautele, dà una bassa mortalità, e quindi non è così grave come si credeva un tempo.

CARUSI.

Sulla probabile azione aggravante del B. perfringens nel corso della febbre tifoide.

(U. REITANI. *Rif. Med.*, n. 41, ott. 1929).

Lo spunto a tale contributo fu fornito da un paz. il quale, affetto da febbre tifoide, presentò un decorso insolito e rapidamente mortale. Accanto al B. di Eberth, ottenuto con l'emocultura, una emocultura fatta secondo i precetti di Weinberg in agar al fegato glucosato al 0.2 % su piastra alla Dick, mise in evidenza delle colonie di B. perfringens; l'esame microscopico delle feci mostrava dei grossi bacilli Gram-positivi in enorme quantità, con le caratteristiche dei germi suddetti.

Questa osservazione collimava con le idee esposte dal Weinberg e dalla sua scuola, e dal Sabrazès circa la maggiore tossicità che si riscontra nelle infezioni tifoidi, dovuta a tale germe anaerobio; ma in tale occasione l'A. credette ad una tossiemia transitoria, per l'assenza della caratteristica sintomatologia che accompagna la setticemia da perfringens.

I migliorati metodi d'indagine e le ricerche recenti su tale bacillo, hanno potuto mettere in luce le sue qualità batteriologiche e tossiche, e l'importanza che esso esplica nell'organismo da solo od associato ad altri germi.

Per controllare il potere tossico del b. perfringens e del b. di Eberth, il Reitani s'è servito di cavie a cui inoculava tali bacilli isolati, o anche b. del paratifo A. B e del coli, per saggiarne la tossicità. Il filtrato di tali bacilli non provocava la morte della cavia se veniva iniettato isolatamente; l'unione di 1/2 cmc. di brodocultura di b. tifico con 1/2 di b. perfringens, portava sempre a morte le cavie iniettate nello spessore dei muscoli della coscia dopo un tempo massimo di 40 ore. Iniettando prima il b. tifico e dopo 6-8 ore il b. perfringens, si ebbe la morte di 2 cavie su 3 in 48 ore, con un tipico quadro di gangrena gassosa. Nell'essudato muscolare esisteva solo il perfringens, mentre nella milza e nel fegato era presente solo il b. tifico in grande abbondanza; l'esame culturale del sangue del cuore mise in evidenza entrambi i germi, i quali in tale passaggio avevano esaltato il loro potere patogeno, perchè mentre prima non erano letali se iniettati separatamente, dopo invece, i filtrati anche se iniettati isolatamente provocavano la morte degli animali.

Tali ricerche sono state ripetute con diverse modalità, e servendosi di diverse vie d'introduzione per i filtrati batterici; da essa appare che esiste una vera e propria reciproca stimolazione microbica e tossica tra il b. di Eberth, e il b. perfringens, e tra questo e il para B e il b. coli, e in parte anche col para A.

Riportando tali dati alla patologia umana, si può con probabilità pensare che il b. perfringens, ospite innocuo dell'intestino umano, possa in seguito a stimolo microbico o tossico dei germi del gruppo tifo-coli acquistare notevole potere patogeno ed arrecare conseguenze gravi.

CARUSI.

Il midollo spinale nella febbre tifoide.

(V. DE LAVERGNE e P. KISSEL. *Presse Méd.*, n. 7, gennaio 1930).

Molte cose che riferiranno gli AA. su tale argomento non son nuove, ma sparse più o meno nei trattati; essi hanno riunito e trattato le complicazioni che si riscontrano nel midollo spinale durante la febbre tifoide; ma più che di complicazioni, si dovrebbe parlare di estensione non abituale e dell'esagerazione d'un processo regolare, si potrebbe dire quasi « fisiologico », della infezione tifo-paratifica.

Si sa che la febbre tifoide è una setticemia, la quale si localizza nel periodo d'incubazione nel tessuto linfatico mesenterico, e di qui in seguito si diffonde a tutti i tessuti ed organi. I germi son presenti quindi anche nel sistema nervoso centrale e nel midollo spinale; osservazione questa confermata da ricerche sperimentali; il liquido c. r. invece si conserva sterile.

Da tali ricerche emerge che mentre la cultura d'un poco di midollo è positiva, in seguito ad inoculazione sperimentale del bacillo di Eberth, non è possibile però mettere in evidenza i bacilli all'esame istopatologico. In tal caso si può escludere che la cultura sia positiva per presenza di sangue, perchè il sangue del medesimo animale era sterile alla cultura.

Se queste osservazioni sono riprodotte sperimentalmente, è possibile che avvenga lo stesso per l'uomo? Nulla si oppone a credere che ugual comportamento abbia l'infezione tifica nell'uomo; tuttavia la constatazione di mieliti di natura tifica non giustificano la presunzione che hanno gli autori, e cioè la costante ed abituale infezione del midollo spinale durante il corso d'una febbre tifoide, indipendente dalle complicazioni midollari che si rendono manifeste con una chiara sintomatologia.

Ma è possibile una infezione batterica del midollo senza alcun segno clinico?

Per analogia si sa che molti altri organi possono ospitare germi del tifo senza presentare alcuna sintomatologia, così per es. la cistifellea, i reni, la milza ecc. Si potrebbe pertanto ammettere che lo stesso avvenga per il midollo spinale; tuttavia qualche piccolo segno clinico a tal riguardo era stato già notato da altri osservatori; Bernheim ed i suoi allievi hanno insistito sui segni d'irritazione piramidale che si riscontrano in tale infezione: riflessi tendinei esagerati, facile clono del piede e della rotula; si può ancora mettere in evidenza il Babinski, e talora anche segni di paraplegia motrice (Voisin e Milhit).

Tutti questi segni clinici fanno supporre una mielite parziale, limitata ai fasci piramidali ed ai cordoni laterali, dipendente dall'azione dei parassiti tifici. Per poco che l'azione dei germi si estenda, verranno ad essere colpite le corne anteriori, e quindi si avranno delle paralisi, che sono considerate come complicazioni della infezione tifoide. Di fronte a tale evenienza il problema importante che s'impone al clinico è di stabilire se la lesione sia di natura periferica o centrale, e perchè le paralisi post-tifiche sono molto frequenti, e spesso attribuite all'azione periferica delle tossine, mentre possono esistere i segni d'una partecipazione midollare, gli AA. pensano che tali lesioni si possano riportare ad un'unica causa, quali espressioni d'una simultanea offesa del midollo e del nervo. In tal modo si eviterebbe d'invocare l'intervento d'un doppio processo patologico, di cui quello tossico, ad azione sul nervo, è ipotetico ed eccezionale.

Un'altra considerazione è importante. Queste alterazioni, le paralisi, compaiono alla fine dell'infezione; esse sono riferite all'azione delle tossine sul nervo; se così fosse, apparirebbe strano come tali lesioni compaiano solo alla fine dell'infezione, e non durante l'infezione stessa, allorchè il rigoglioso sviluppo dei germi deve fornire all'organismo una maggiore quantità di tossine. La legge di Chantemesse e Widal potrebbe forse fornire la spiegazione della maggiore virulenza delle tossine durante la convalescenza.

Scopo del presente articolo è quello di mostrare che il midollo spinale ordinariamente è sede di germi durante l'infezione tifica; questa condizione si può rendere manifesta con scarsi segni d'irritazione piramidale, o può svelarsi con quei disturbi più gravi che sono stati considerati come paralisi post-tifiche di natura periferica, ma che sono piuttosto di origine midollare. CARUSI.

OSSA E ARTICOLAZIONI.

Ricostruzione dello stelo osseo femoro-tibiale, interrotto per resezione di una delle due estremità ossee, che costituisce l'articolazione del ginocchio con innesto proveniente dall'estremità ossea opposta.

(JUVARA. *Bull. Mém. Soc. Nation. Chirurg. de Paris*, n. 13, 27 aprile 1929, p. 541).

L'A. dal 1916 ha compiuto tale tipo di operazione con un'incisione dei comuni tegumenti di 35-45 cm., che dalla faccia anteriore della coscia segue il contorno interno rotuleo e raggiunge il versante interno della cresta tibiale. Per praticare la resezione della estremità inferiore del femore o dell'estremità superiore della tibia isola il capo articolare sede del tumore ed il tratto di diafisi sano dai muscoli e dai tegumenti. Compie la resezione del capo articolare sede del tumore e prepara l'estremo diafisario dell'osso resecato a scalino, per 3 cm. Reseca la superficie articolare dell'osso da cui prende l'innesto per dare una proliferazione anche da parte dell'estremo epifisario dell'innesto. Misura l'innesto dando un avanzo di 30-35 mm. superiore alla lunghezza dell'osso da colmare, e sdoppiando la tibia o il femore, dopo dissezione delle parti molli, fissa con chiodi alla epifisi della tibia o del femore l'estremo di innesto di sdoppiamento ad essa corrispondente, sovrapponendo le parti di sdoppiamento dell'epifisi per 3 cm. l'uno sull'altro. L'estremo diafisario dell'innesto resta fissato sullo scalino di sezione diafisario dell'osso resecato, a mezzo di fili metallici. Cruentazione e fissazione della rotula; apposizione dei muscoli intorno all'innesto; drenaggio della ferita con fili di seta (che si asporta dopo due giorni). Apparecchio gessato ed immobilizzazione per 3 o 4 mesi.

Tale tipo di operazione ha praticato in 4 ammalate, delle quali una nel 1916 per osteosarcoma cistico a mieloplassi dell'estremità superiore della tibia destra; una seconda nel 1923 per tumore dell'estremo inferiore del femore destro; una terza per tumore dell'estremità superiore della tibia destra nel novembre 1925 ed una quarta per tumore a mielosarcoma cistico a mieloplassi dell'estremità nel 1928. Guarigione definitiva di tutti i casi.

JURA.

A proposito della consolidazione accelerata delle fratture.

(BARBARIN. *Bull. Mém. Soc. Chir. de Paris*, n. 1, 1928).

Dopo che Leo fece conoscere i risultati ottenuti a mezzo del silicato di calcio, l'A. lo impiegò costantemente come coadiuvante nel trattamento delle fratture. Egli ha potuto constatare che la consolidazione è più rapida e più sicura.

Così egli riporta le osservazioni di 2 casi di frattura della gamba, l'una spiroide che risaliva fino al ginocchio, in una donna di 50 a.; l'altra obliqua al terzo inferiore in donna di 60 anni. Ambedue erano in condizioni generali scadenti, ed al 40° giorno presentavano una marcata mobilità dei frammenti ed assenza completa del processo di riparazione. In seguito a somministrazione di silicato di calcio per 15 giorni al 60° giorno esse presentavano un callo solido potendo ottenere un buon appoggio dell'arto al 70° giorno.

In un altro paziente, che aveva riportato frattura esposta delle ossa della gamba destra al terzo inferiore, l'immobilizzazione per due mesi non fu seguìta da formazione di callo. L'osteosintesi con Lambotta non modificò le condizioni locali della frattura, per cui Barbarin, praticata una migliore riduzione dei frammenti, istituì il trattamento con silicato di calcio. A tale trattamento seguì la formazione rapida di callo.

JURA.

La consolidazione accelerata delle fratture.

(D. EBRARD. *Bull. Mém. Soc. de Chir. de Paris*, n. 16, 2 dicembre 1927, p. 761).

L'A. impiegò in 12 casi di fratture un prodotto di silicio e di calcio, che favorisce la calcificazione del callo.

Già Crètin sperimentalmente stabilì la importanza del silicio, contenuto nei tendini, sulla solidificazione del callo alla fine della evoluzione della frattura.

Ebrard somministrò ai suoi ammalati dal 5° al 15° giorno dosi giornaliere di silicato di calcio corrispondente a 0,30 gr. di calcio. Così ottenne i seguenti risultati:

1) a. 16. Frattura del femore consolidata dopo 15 giorni;

2) a. 60. Frattura del femore consolidata dopo 27 giorni;

3) a. 29 Frattura del femore consolidata dopo 21 giorni;

4) a. 35. Frattura del femore consolidata dopo 30 giorni;

5) a. 11. Frattura delle due ossa dell'avambraccio consolidata in 15 giorni;

6) a. 65. Frattura del radio consolidata in 16 giorni;

7) a. 60. Frattura di Dupuytren consolidata in 20 giorni;

8) a. 50. Frattura della tibia consolidata in 15 giorni;

9) a. 67. Frattura di Dupuytren consolidata in 30 giorni;

10) a. 32. Frattura di Dupuytren consolidata in 36 giorni.

In 2 altri casi con frattura esposta dell'omero, o con frattura delle due ossa della gamba al 3° medio non si ebbe consolidazione delle fratture, nonostante il trattamento col silicato di calcio.

In base a tali risultati si ottenne la formazione di callo, con un'evoluzione rapida nell'82,5 % dei casi.

Perciò questa terapia, quando riesce, può abbreviare la durata del trattamento della frattura di un terzo o della metà del tempo.

JURA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

OLIANI E. *L'ulcera gastrica e duodenale nella chirurgia moderna (782 casi di interventi personali)*. Un vol. di pag. 240 con 20 fig. Edit. L. Capelli. Bologna, 1929.

L'A. ha arricchito con questo libro la nostra bibliografia su un argomento chirurgico di grande attualità. E il contributo è tanto più prezioso perchè si basa su una estesissima esperienza personale. La prima parte del volume è dedicata, dopo un breve riassunto storico, alla esposizione completa delle varie teorie patogenetiche

Il materiale personale è stato diviso a seconda della localizzazione; dallo studio sintetico dei casi osservati, l'A. trae conclusioni importanti per la sintomatologia e la diagnosi dell'affezione.

Con grande ampiezza è trattata la terapia. Questa è consistita, nella maggior parte dei casi, in un'ampia resezione gastro-duodenale seguìta da anastomosi termino-laterale dello stomaco al duodeno secondo una modificazione personale alla tecnica di Haberer.

In altri capitoli l'A. si occupa dell'ulcera-cancro, dell'ulcera peptica postoperatoria, dell'ulcera perforata, ecc. In riguardo agli esiti lontani i risultati migliori sono stati ottenuti con la resezione.

La trattazione è completata con numerose figure e con una ricca bibliografia.

Crediamo di poter raccomandare vivamente il libro che mentre dà un quadro completo dell'argomento, è fonte di numerosi accorgimenti pratici che l'intelligente osservazione e la grande esperienza personale hanno suggerito all'A.

VALDONI.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Fidel Fernandez-Martinez. *Traitement de l'Ulcus gastroduodénal.* Masson, p. 138. Fr. 12.

Il libro del prof. Fidel Fernandez rappresenta un utile aggiornamento della questione della terapia dell'ulcera gastrica e duodenale. Movendo da considerazioni etiologiche e patogenetiche, l'A. mostra quali siano le indicazioni curative più opportune dell'ulcera gastrica e duodenale nei suoi vari periodi e stati e delle complicanze. Accanto ad un esteso formulario, ai medicamenti da prescriversi e preferirsi nelle singole circostanze, viene ampiamente discusso il delicato problema della terapia medica e chirurgica dell'ulcera gastrica e duodenale.

L'A. porta in ogni questione un giudizio personale che, frutto di vasta esperienza, non può non rappresentare per il medico una guida utile e sicura. Il libro si mostra quindi di un reale interesse pratico. D. M.

V. Pouchet, G. Luquet, A. Hirchberg. *Ulcères de l'estomac et du duodénum.* G. Doin, ed.

Dopo aver trattato brevemente delle indicazioni generali della cura chirurgica delle ulcere gastro-duodenali, gli AA. descrivono partitamente la tecnica delle varie operazioni, con quella ricchezza di figure che siamo ormai soliti vedere nei fascicoli della « Pratica Chirurgica illustrata » del Pauchet.

Seguono in una seconda parte alcune considerazioni anatomo-cliniche su casi clinici osservati. G. Matronola.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

I Congresso dei Medici dell'Opera Nazionale Balilla.

(Roma, 2-4 febbraio 1930).

Al Congresso han partecipato buona parte dei medici dell'Opera Balilla, sparsi nelle varie regioni d'Italia, ed illustri personalità, tra le quali l'on. Balbino Giuliano, Ministro dell'Educazione Nazionale, e l'on. Renato Ricci, Sotto-Segretario dell'Educazione Fisica e Giovanile. Dopo un alato discorso di S. E. Giuliano che porta il saluto augurale al Congresso e dimostra come l'educazione fisica sia il vero fondamento dell'igiene, e dopo le nobili ed elevate parole del sen. prof. Versari, il Congresso ha iniziato i lavori.

L'assicurazione infortuni per gli iscritti all'O.N.B.; suo valore educativo e per la prevenzione della invalidità.

Dott. Carmelo Midulla (Roma). — L'O. descritta la forma di assicurazione nei suoi cardini principali, ne rileva il valore misurato attraverso un anno di esperienza e dimostra con statistiche precise la distribuzione degli infortuni nelle varie regioni. Il medico dell'O.N.B. non può avere il solo scopo di curare la concessione del sussidio assicurativo al Balilla o all'Avanguardista invalido temporaneo o permanente: ma deve badare anche a prevenire l'invalidità, diminuendo le cause che contribuiscono a determinare gli infortuni e che conducono alle varie menomazioni funzionali ed anatomiche, educando i giovinetti ad apprezzare meglio e bene il valore della vita e il valore dell'integrità del proprio motore corporeo, indirizzandoli ad una maggiore comprensione dei pericoli inerenti alla loro vivacità ed al loro irrequieto ed irregolare modo di vivere e di giocare, ed a trattare con più serietà le lesioni che, se pur lievi ed apparentemente trascurabili, sono capaci di provocare danni gravi ed incalcolabili. L'infortunio ha delle cause determinanti esterne (ambientali) ed interne (fattore individuale); è allo studio della individualità biologica e alla determinazione del biotipo il quale più facilmente va esposto agli accidenti traumatici che bisogna rivolgere particolare studio: si porterà così un prezioso contributo alla finalità cui si ispira la forma assicurativa instaurata dall'O.N.B., cioè la prevenzione degli infortuni e quindi della invalidità. L'azione del medico avrà veramente valore efficace quando si svolga con la continua propaganda igienica, con la istituzione di corsi di pronto soccorso, con la istruzione degli organizzati sugli scopi della mutualità, sui fini dell'azione assistenziale e sul valore della integrità del motore umano nelle lotte per il lavoro e per la vita.

Riportiamo qualche dato statistico. Su circa 2 milioni di organizzati, la cifra totale degli infortuni, in un anno, è stata di 23.654, di cui 3350 gravi, 1010 con esiti permanenti ed i rimanenti lievi.

La sorveglianza medica per gli esercizi ginnici-sportivi nei campeggi e nelle colonie.

Prof. NICOLA PENDE (Genova). — L'O. fa rilevare che il principio della tutela medica della crescenza fisica e psichica deve essere attuato specialmente durante il massimo periodo di esercizi fisici ginnici e sportivi, cioè nel periodo dei campeggi e delle colonie. Se non si vuole perpetuare il metodo rozzamente empirico ed irrazionale della ginnastica e dello sport uguale per tutti o affidato al gusto od al capriccio individuale, nessun medico dei Balilla deve oggi trascurare, nel predetto periodo, di orientarsi sulla Cartella biotipologica degli adolescenti a lui affidati. Bisogna dunque individualizzare più che è possibile nella educazione fisica dei soggetti e sopratutto sorvegliare che gli organi interni più implicati negli esercizi muscolari (cuore, polmoni, cervello) presentino condizioni di sviluppo e di funzionalità compatibili con determinati esercizi ginnici o sportivi. L'O. per raggiungere la finalità di tutela perfetta della crescenza dei Balilla si serve in pratica di tre mezzi di indagine: 1) lo studio accurato della pressione arteriosa prima e dopo esercizi muscolari, unito alla ricerca delle modificazioni di frequenza e di ritmo del cuore; 2) l'esame periodico del torace con un apparecchio radiologico portatile; 3) le misurazioni antropometriche fondamentali, eseguite periodicamente allo scopo di controllare obbiettivamente gli effetti benefici od eventualmente nocivi degli esercizi muscolari e del clima montano sul peso e sulle proporzioni corporee.

La relazione, vivamente applaudita, è stata completata con interessanti proiezioni illustrative.

In esito a questa relazione è stato approvato un ordine del giorno, presentato dal relatore prof. PENDE, col quale il Convegno fa voti che ogni Comitato provinciale dell'O.N.B. cerchi di attuare un centro di accertamento della crescenza e della costituzione biotipologica degli associati, centro munito dei più indispensabili e pratici apparecchi per l'applicazione dell'indirizzo costituzionalistico alla prevenzione delle malattie e degli infortuni, all'educazione fisica, all'irrobustimento delle nuove generazioni. Nello stesso o. d. g. si fan pure voti che siano istituiti presso istituti scientifici specializzati già esistenti, corsi di perfezionamento per sanitari dell'O. N. B. in questa nuova branca della fisiologia e patologia della crescenza e delle costituzioni umane.

L'Opera Nazionale Balilla di fronte alle malattie sociali.

Dott. DINO CAGETTI (Venezia). — L'O. mette in luce la ripercussione che la lotta contro i mali insidiosi che nell'infanzia si scavano il solco (sifilide, tubercolosi, tracoma) riesce a conseguire sulla compagine dell'intera società: rafforzando le costituzioni nell'infanzia, la razza si irrobustisce; e con la razza il popolo, e col popolo il paese intero esalta la sua potenza. Per quanto riguarda la sifilide, sarebbe logico pensare che, quando il fanciullo arriva al medico dell'O.N.B., una diagnosi di lue ereditaria già fosse stata fatta e le opportune cure eseguire. Poichè non è sempre così, è necessario che l'O.N.B. compia quest'opera di *dépistage* dell'eredolue, in stretto collegamento con le Istituzioni specializzate, là dove esistono, e con mezzi propri (ambulatorio-dispensario) nei piccoli centri. Necessaria anche una propaganda tra gli adulti, la quale stigmatizzi il delitto di procreare quando c'è la sicurezza del subito contagio e inculchi la necessità di condurre il figlio dal medico allorchè baleni il solo sospetto di essere stato nel passato contagiato.

Anche all'O.N.B. l'O. pensa che si debba affidare la soluzione del problema del tracoma, specialmente nelle scuole: la vittoria sul tracoma scolastico vorrebbe significare la vittoria sull'infezione tracomatosa nella società.

Il problema della tubercolosi nell'infanzia è tanto vasto, da far quasi ritenere a prima vista che esso debba esulare dai compiti dell'O.N.B.; pure l'O. ritiene che, se si limita il campo di azione, si può trarre dall'azione dell'Opera sicuro profitto. L'O.N.B., infatti, potrebbe curare attraverso la scuola, mediante ambulatori-dispensari diretti da provetti medici, la definizione della costituzione di ogni fanciullo, la conoscenza dell'ambiente familiare in cui vive, delle eventuali malattie pregresse e tare ereditarie: si avrebbero così tutti gli elementi per un sicuro indirizzo curativo e profilattico. Stabilito l'avvenuto contagio, l'Opera potrebbe applicare senz'altro, attraverso le organizzazioni specializzate, i criteri della lotta antitubercolare.

Dopo la discussione fu approvato un ordine del giorno nel quale il Convegno fa voti che siano unificati i servizi di assistenza sanitaria e di tutela igienica di tutti i fanciulli delle scuole primarie e secondarie, affidando tali compiti alla categoria dei sanitari dell'O.N.B., i quali dovrebbero quindi funzionare d'ora innanzi anche come medici scolastici e medici del lavoro. Gli attuali medici scolastici e del lavoro dei fanciulli dovrebbero passare, senza pregiudizio del loro attuale trattamento economico, alle dipendenze dell'O.N.B.

Seguono le comunicazioni del dott. G. SANTUCCI: *L'esame della crescenza psichica dei balilla come fattore di prevenzione della pazzia e delle anomalie morali;* e del dott. F. BERRETTA: *La lotta contro il gozzismo nei balilla della Liguria.* Su quest'ultima comunicazione parlano i dottori AMBROSI e AMBERTI; infine il prof. VITALI illustra *L'avviamento professionale dei giovani ed il lavoro eseguito dalla Direzione Sanitaria di Venezia.*

Altre comunicazioni sono state fatte dal prof. DORIA su *L'azione assistenziale dell'O.N.B. ad integrazione dei suoi scopi educativi;* dal prof. G. GALLERANI: *La cartella biografica, sua consistenza e sua finalità;* e dal prof. DE SANCTIS: *Psicologia ed educazione fisica.*

* * *

Nel pomeriggio del 4 febbraio, nell'Aula di Clinica Medica del Policlinico, ha avuto luogo la seduta di chiusura dell'interessante Congresso, con applaudite parole dei proff. sen. VERSARI e sen. MARAGLIANO e di S. E. RENATO RICCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

La resistenza agli ormoni.

W. Falta e F. Hoegler (*Klin. Woch.*, n. 41, ottobre 1929) hanno voluto ricercare gli effetti degli ormoni, e il modo come rispondono i soggetti alla somministrazione di alcuni di essi.

Han potuto notare che la tirosina aumenta il metabolismo basale, accelera il polso, in modo però non sempre proporzionato alla dose di ormone dato.

In un caso di Basedow, la tirosina ha aumentato il metabolismo basale allorchè questo era 62-66 % superiore al normale.

In un altro caso la tirosina non ha avuta alcuna influenza sul metabolismo basale; tuttavia il paziente era sensibile alla tirosina personale.

Un altro caso riferito di resistenza agli ormoni è costituito da una donna di 64 anni con diabete. In occasione d'un ascesso, per rendere la donna aglicosurica furono necessarie 550 D. U. d'insulina; la paziente in seguito sopportava 600 D. U. per volta, senz'accusare gravi o importanti sintomi ipoglicemici. Il siero di questa malata inibiva in modo più pronunziato il potere ipoglicemico dell'insulina, di quello che si ha nei normali.

In tali casi, con la prova di Radoslav si può mettere in evidenza un maggiore effetto dell'insulina sul sangue venoso che su quello capillare; ciò starebbe a dimostrare che l'ormone aumenta l'ossidazione tissurale dello zucchero, mentre non diminuisce la glicogenopoiesi epatica. Queste osservazioni potrebbero essere spiegate supponendo anche un diabete adrenalinico accanto a quello pancreatico; ma però fa difetto l'ipertensione. Durante il periodo della resistenza all'insulina il metabolismo basale aumenta; in concomitanza di tali fatti è stato osservato un dimagramento e delle note d'ipertiroidismo.

La spiegazione della resistenza alla tirosina è più difficile, e la sua azione è variabile da individuo a individuo; pare che i casi di resistenza siano più frequenti in portatori di lesioni del sistema nervoso centrale (sifilide cerebrale, parkinsonismo); e mentre in casi di gozzo esoftalmico si possono avere dei miglioramenti con la tirosina, in altri casi il metabolismo basale può essere aumentato del 100 per 100.

L'azione degli ormoni apre quindi la via a molti problemi, che devono essere spiegati con severe ricerche sperimentali. CARUSI.

Farmacologia del sistema reticolo-endoteliale.

Handel e Malet (*Deut. Med. Woch.*, 12 aprile 1929) hanno indagato, nelle cavie, l'azione di varie sostanze sul sistema r.-e., iniettando, dopo qualche tempo, dell'inchiostro di Cina per bloccarlo; infine sacrificavano gli animali ed accertavano direttamente, in sezioni, al microscopio, il comportamento della fagocitosi.

È risultato che gli ioni di calcio fanno aumentare, quelli di potassio fanno ridurre l'attività fagocitaria.

L'atropina attiva le funzioni del sistema; allo stesso modo si comporta il pantopon. L'eserina non esercita azione manifesta. I derivati dell'acido barbiturico la paralizzano. Anche il neosalvarsan e il novasurol spiegano azione dannosa.

Gli ormoni, in genere, producono un aumento della capacità fagocitaria; fa eccezione l'adrenalina, che la inibisce quasi del tutto.

Le iniezioni di siero e, in genere, di proteine eterogenee arrestano quasi del tutto la fagocitosi, se praticate poco prima dell'iniezione intracardiaca d'inchiostro di Cina. Se però l'animale viene sottoposto, per vari giorni prima, a un trattamento proteinico, la capacità fagocitaria del sistema aumenta.

Dalle loro ricerche gli AA. desumono una stretta correlazione funzionale tra sistema r.-e. e sistema vago-simpatico. O. F.

CASISTICA.

Le ulcere gastriche a sintomatologia tabetica, e le pseudo-tabi dell'ulcera gastrica.

Queste forme sono nuovamente all'ordine del giorno. Mathieu, Pierre, Weil (*Arch. des mal. de l'app. digest.*, n. 9, novembre 1929) discutono nuovamente queste possibilità: la crisi da ulcera gastrica può avere tutti i caratteri della crisi gastrica tabetica, e l'ematemesi vera da ulcera non è sempre così abbondante come si crede e può assumere forme più miti quali si sono descritte nella tabe pura. L'A. sostiene che se *alla fine* di una crisi gastrica può sopraggiungere una suffusione emorragica dalla mucosa, non si dovrebbe accettare che con la più estrema riserva l'esistenza di ematemesi abbondanti.

Le difficoltà diagnostiche si accrescono enormemente se con l'ulcera gastrica coesiste una sindrome polineuritica.

Sotto il nome di tabi con crisi gastriche gli AA. avrebbero confuso con le rare vere crisi gastriche, degli accidenti legati a una affezione organica dello stomaco sopravenienti in tabetici, e le ulcere gastriche complicate a polineurite.

I due primi casi che colpirono gli AA. soffrivano di dolori gastrici continui, interrotti da parossismi più forti, che si accentuavano alla pressione, e si accompagnavano a vomiti, a ematemesi. Gli arti presentavano dei disturbi della motilità e sensibilità (paresi dei quattro arti, con abolizione dei r. tendinei e cutanei,

turbe della sensibilità). Però la pressione lungo i tronchi nervosi era dolorosa, mancavano i disturbi urinari, l'atassia e l'Argyll-Robertson.

In un caso di Courémévos e Conos esistevano anche disturbi psichici realizzanti la sindrome di Korsakoff.

Vengono poi citati altri casi simili che fondamentalmente riproducono i quadri sopra brevemente riportati.

La polinevrite in rapporto con un'ulcera gastrica avrebbe dei caratteri un po' particolari. La paralisi è diffusa, spesso generalizzata ai quattro arti, e in questi predomina all'elemento paralitico quello amiotrofico; l'affezione ha un decorso subacuto, ed esiste spesso della febbre o degli accessi febbrili. I fenomeni motori si iniziano dopo i gastrici. Le ematemesi sarebbero più frequenti, ed anche più abbondanti che nella tabe. In tutti i casi la distinzione è capitale dal punto di vista prognostico e terapeutico. L. TONELLI.

Compressione del duodeno per opera del peduncolo mesenterico.

Sappiamo che la terza porzione del duodeno è presa in un compasso vascolare, l'aorta in dietro, l'arteria mesenterica in avanti, si produce così un lievissimo solco a livello della terza porzione.

A questo livello esiste uno sfintere, lo sfintere di Ochsner, vero cuore intestinale che si è potuto paragonare a un secondo piloro. Quali cause possono esagerare l'azione della pinza vascolare fino a produrre una vera stenosi? Esse sono molteplici: anzitutto il mesentere corto o congenitalmente, o per mesenterite retrattile. O perchè il colon e il tenue stirano col loro peso il mesentere; talora è conseguenza di una enteroptosi, spesso è in causa il colon destro che cadendo tira sull'arteria colica, e per questa sulla arteria mesenterica.

Dilleuseger (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, n. 9, novembre 1929) basandosi su un caso bene studiato dal lato radiologico afferma essere indispensabile un accurato esame delle condizioni del grosso intestino, il che del resto è una regola imperiosa in ogni esame dello stomaco e del duodeno. Non bisogna affatto accontentarsi della visione radiologica di un bulbo normale, ma si deve studiare bene tutto il tragitto duodenale; si stia attenti però a non prendere per stenosi un semplice arresto del cibo e ci si basi sui tre caratteri fondamentali: arresto del bario, dilatazione a monte e lotta contro l'ostacolo.

In alcuni casi la sindrome di compressione è dovuta a glandole linfatiche ingrossate per cause varie. La cura consiste nella operazione di duodeno-digiunostomia. L. TONELLI.

Le perivisceriti tubercolari addominali.

Queste peritoniti tubercolari localizzate classiche possono presentare delle localizzazioni estremamente variabili, io direi tutte le possibili localizzazioni onde si hanno: perigastriti, periduodeniti, periepatiti, pericolecistiti, perienteriti, ecc. Ma a lato di queste forme di natura indiscutibilmente tubercolare, Boltanski (*Thèse de Paris*, 1928) dimostra che esistono delle perivisceriti in apparenza banali che sono invece tubercolari. Questa etiologia specifica può essere affermata in base a molti argomenti, specie per l'esame isto-batteriologico dei gangli corrispondenti al territorio peritoneale colpito. Vi sono poi molti altri argomenti indiretti ma meno importanti. Cosicchè la tubercolosi del peritoneo sarebbe in tutto paragonabile a quella della pleura: cioè a lato a manifestazioni tubercolari confermate, esisterebbero delle forme secche, plastiche, generalizzate o localizzate, e di apparenza del tutto banali. Praticamente è estremamente difficile stabilire la natura tubercolare di una periviscerite addominale; ci si basi sullo studio minuto degli antecedenti, delle lesioni associate ma non si potrà mai giungere che a un criterio di presunzione. L. TONELLI.

Calcoli intestinali.

Essi sono veri o falsi. I veri cioè autoctoni dell'intestino, sono rari, molto più frequenti sono i falsi a cui è dedicato questo studio.

M. Perrin (*Soc. de Méd. de Nancy*, 21 ottobre 1928) li distingue in 4 gruppi: 1) enteroliti simulati; 2) enteroliti supposti; 3) enteroliti d'imprestito; 4) enteroliti medicamentosi.

1) Calcoli *simulati*, sono delle piccole pietre presentate dai malati come raccolte nelle proprie feci o addirittura deglutite. Ciò non è raro nelle isteriche. L'aspetto morfologico ad un attento osservatore svela facilmente la reale natura delle pietre, ed eventualmente soccorre un esame chimico;

2) Calcoli *supposti* sono quelli creduti in buona fede dai malati per calcoli, mentre non sono che feci indurite, o noccioli di frutta;

3) Calcoli *d'imprestito* sono dei calcoli biliari eliminati per l'intestino;

4) Vi sono poi i *calcoli medicamentosi* bene studiati da Matignon (*Paris Méd.*, 9 giugno 1928). La magnesia ora tanto in voga può rapprendersi in masse enterolitiche. Si sono trovate delle concrezioni di magnesia, di magnesia e solfo, eccezionalmente di solfo, salolo, o bismuto.

Il salolo sopratutto pare si agglomeri facilmente in masse compatte, anche le pillole cheratinizzate possono riprodurre le forme di enteroliti. L. TONELLI.

TERAPIA.

Cause d'insuccesso nella cura del diabete dei bambini.

Il diabete giovanile, dicono F. Allan e R. Wilder (*Journal of The American Medical Association*, 18 gennaio 1930), era per lo più fatale prima della scoperta dell'insulina. Nannyn e von Noorden avevano notato rare eccezioni a questa regola. Nei tre anni precedenti l'introduzione dell'insulina nella Clinica Mayo fu-

rono veduti 32 bambini diabetici; tutti morirono (di due però non si potettero rintracciare notizie).

Nei primi sei anni dopo l'introduzione dell'insulina furono curati nella medesima clinica 167 bambini diabetici; di 3 non si son più avute notizie; 147 erano ancora vivi nel 1928 e di questi uno era anche affetto da rachitismo e due erano in condizioni cattive per insufficienti cure domestiche; tutti gli altri stavano bene e facevano una vita normale per la loro età.

In questi bambini la dieta fu regolata in modo da dare non più di 50 g. di proteine; inoltre si seguiva modica restrizione dei carboidrati e si dava coi grassi la maggior quantità di calorie. Naturalmente si davano minerali e vitamine in quantità sufficiente. Salvo rare eccezioni l'accrescimento fu normale e nelle bambine le mestruazioni comparvero normalmente alla pubertà. Nessun bambino si ammalò di tubercolosi.

Risultati simili furon riferiti da Joslin, da Geyelin, da von Noorden, ecc. Priesel e Wagner non ebbero casi di morte curando 43 bambini.

Gli AA. ebbero 17 casi di morte; uno solo avvenne in clinica e riguardava un bambino condotto in stato comatoso, gli altri morirono fuori della clinica. In due casi la morte fu prodotta da malattia senza nessun rapporto col diabete (encefalite epidemica in uno e influenza con bronchite nell'altro). In uno fu attribuita la morte ad una meningite, ma siccome si è appreso che la cura antidiabetica non fu ben eseguita a domicilio, si può sospettare che sia morto di coma diabetico. In tutti gli altri casi certamente la morte fu causata dal coma diabetico: in 4 non fu più continuata la cura insulinica dopo l'uscita dalla clinica, in 5 o 6 casi la cura insulinica fu insufficiente nelle dosi, in 1 certamente il diabete divenne insulinoresistente anche per dosi altissime, in 1 caso dal coma diabetico si passò probabilmente a quello ipoglicemico.

Alla discussione che seguì questa comunicazione fatta alla sezione di farmacologia e terapia dell'Associazione Medica Americana in Portland, parteciparono Blair Holcomb, Rowe, Palmer. Holcomb ebbe 8 casi di morte su 75 casi di diabete infantile; in 4 certamente la morte fu causata da coma diabetico, in uno da rottura di ulcere epifagee, in 1 da pancreatite acuta, in uno forse da ipoglicemia; nel quarto caso si trattava di un bambino che da 6 anni era sottoposto a trattamento insulinico e non era più glicosurico e che durante un viaggio di mare fu colto da mal di mare, non mangiò, non prese insulina e morì poche ore dopo. Palmer disse che ritiene che l'insuccesso della cura insulinica si può notevolmente diminuire colla sorveglianza continua del paziente e colla lunga durata della cura e di quest'opinione è anche Rowe. R. LUSENA.

La somministrazione di insulina senza iniezioni.

J. Mouzon (*La Presse médicale*, 18 dic. 1929) passa in rivista i tentativi fatti per somministrare l'insulina senza iniezioni. I recenti lavori di Wassermeyer e di Schäfer sulla somministrazione per mezzo di prese nasali e sulla combinazione dell'insulina con l'acido desossicolico e sul possibile assorbimento per via gastrica sono pieni di promesse, ma non ancora sufficientemente sperimentati per poter passare alle applicazioni pratiche.

Finora si può dire che soltanto la via parenterale assicura l'utilizzazione massima e costante del medicamento. Gli altri metodi, oltre ad essere più onerosi, esigono anche delle precauzioni complicate e sfuggono ad un dosamento preciso.

L'A. distingue tre categorie di diabetici: 1) quelli leggeri che devono essere trattati col solo regime; 2) i grandi diabetici, i quali non possono fare a meno delle iniezioni di insulina, poichè è necessario fornire ad essi una opoterapia suppletiva di una attività tale che le sole iniezioni possono dare; 3) vi è infine un'altra categoria abbastanza numerosa, in cui un'insulinoterapia più discreta e più uniforme (orale, linguale, rettale o nasale), se fosse economicamente accettabile e fisiologicamente legittima, sarebbe preziosa. Si tratta di quei diabetici medi, che non possono ridurre il loro regime al livello della loro tolleranza idrocarbonata senza dimagrire o perdere le forze necessarie per il loro lavoro quotidiano, ma che non possono materialmente praticare le iniezioni pluriquotidiane, oppure debbono sospenderle per accidenti locali o generali che esse provocano. Importantissima ed assai utile sarebbe la cura insulinica senza iniezioni nel bambino.

Purtroppo, per ora, non si tratta che di un pio desiderio, poichè la sola via pratica d'introduzione dell'insulina rimane quella per iniezioni. *fil.*

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La vigilanza sugli alimenti e bevande e sugli oggetti di uso domestico.

La vigilanza igienica sulle bevande, sugli alimenti e sugli oggetti di uso personale e domestico è disciplinata dal T. U. delle leggi sanitarie (Titolo V, Cap. I, art. 114-122) e dal Regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, n. 45 (Titolo IV, Cap. XII, art. 107-128), nonchè dal Regolamento speciale 3 agosto 1890 n. 7045 per la vigilanza igienica sugli alimenti, sulle bevande e sugli oggetti di uso domestico.

Successivamente a queste disposizioni fondamentali, sono stati emanati molti altri provvedimenti, di carattere speciale, che hanno sostituito, modificato o completato i precedenti. Basta ricordare, per accennare solo alle più re-

centi, le leggi e i regolamenti sulle conserve alimentari, sui prodotti agrari, quelle in materia di carni, di latte, sui molluschi eduli, le ultime disposizioni sugli olii commestibili, e tante altre. Si è venuto così formando un complesso ingente di disposizioni, fra le quali non è sempre facile orientarsi, e che, d'altra parte, gli ufficiali sanitari devono ben conoscere per averne norma nella pratica applicazione. Cercheremo perciò di mettere in rilievo le parti più importanti di questa vasta materia legislativa.

Criteri di massima e procedura per la vigilanza igienica sugli alimenti. I principî giuridici sui quali è basata la vigilanza igienica sugli alimenti e bevande sono quelli enunciati dall'art. 114 del T. U. delle leggi sanitarie, già citato, il quale stabilisce le penalità per « chiunque vende, ritiene per vendere o somministra come compenso ai propri dipendenti, materie destinate al cibo o alla bevanda, che siano riconosciute guaste, infette, adulterate, o in altro modo insalubri o nocive » e per « chi con la cattiva stagnatura o in altro modo renda nocivi alla salute attrezzi e recipienti destinati alla cucina o a conservare alimenti o bevande ».

In applicazione di questo articolo, gli art. 107 e 108 del regolamento 3 febbraio 1901 stabiliscono che « nessuno può vendere, ritenere per vendere o somministrare per compenso ai propri dipendenti:

a) le carni di qualunque animale morto per malattia od ucciso a cagione di malattia, nel quale ultimo caso però saranno osservate le norme dell'art. 110 del presente regolamento;

b) il latte e suoi derivati quando provengano da animali colpiti dalle infermità di cui all'art. 114;

c) i pesci uccisi con sostanze narcotiche od altrimenti nocive, o pescati in acque luride;

d) i semi e le farine e relativi composti di cereali e leguminose invasi da parassiti o in qualunque altro modo guasti, i tuberi colpiti da malattie o germogliati, gli erbaggi coltivati con concimi infetti;

e) i cibi e le bevande alterati con sostanze eterogenee od artificialmente colorati a scopo d'imitarne od aumentarne il colore naturale, salve per la vendita degli spiriti le norme contenute nel regolamento approvato con Real decreto 26 febbraio 1890 n. 6653, per l'applicazione delle disposizioni di carattere igienico contenute nella legge sugli spiriti (Testo unico approvato con Real decreto 29 agosto 1889 n. 6538 serie 3ª);

f) ed, in genere, qualunque prodotto alimentare che, o per la sua sostanza o perchè in modo anormale preparato, possa riuscire dannoso alla salute di chi ne usa, o che presenti segni di decomposizione anche solo incipiente.

Art. 108. Si considerano adulterati, anche se giudicati non nocivi, i prodotti alimentari e le bevande non rispondenti per natura, sostanza e qualità, alla denominazione con la quale sono designati o richiesti, come pure i prodotti alimentari e le bevande che sieno stati o spogliati in parte delle proprie materie nutrienti o mescolati a materie di qualità inferiori o comunque trattati in modo da variarne la composizione naturale.

La vendita degli alimenti e delle bevande, così modificate, sarà permessa quando portino scritta in modo evidente l'indicazione delle modificazioni subite ».

La vigilanza igienica della quale ci occupiamo è esercitata dall'autorità sanitaria e si estende a tutti coloro che producono o commerciano sostanze alimentari o bevande artificiali, nonchè ai droghieri, profumieri, colorari, liquoristi, confettieri e fabbricanti e negozianti di prodotti chimici e preparati farmaceutici, di acque distillate, di olii essenziali e di acque e fanghi minerali (art. 52 T. U. leggi sanitarie).

Incaricati dalla vigilanza, oltre i medici e veterinari provinciali, sono gli ufficiali sanitari, gli agenti di polizia giudiziaria e comunali, i vigili sanitari degli uffici d'igiene comunale e dei laboratori provinciali di profilassi e vigilanza igienica ed altro personale all'uopo incaricato con provvedimenti speciali. La procedura da seguirsi nelle diverse operazioni di vigilanza è indicata negli art. 73, 74, 75 del Regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901 e nelle *Istruzioni* annesse al regolamento speciale 6 luglio 1890 n. 7042 per i servizi d'ispezione e per i laboratori municipali di vigilanza igienica e sanitaria; per quanto riguarda i prodotti alimentari di origine agraria (vini, aceti, olii, burro, grassi, formaggi, sciroppi, conserve, ecc.) risulta dal regolamento 1° luglio 1926 n. 1361 per l'esecuzione del Regio decreto-legge 15 ottobre 1925 n. 2033 concernente la repressione delle frodi nella preparazione e nel commercio di sostanze di uso agrario e di prodotti agrari.

Le più importanti disposizioni del regolamento generale e del regolamento speciale del 1890, ora ricordati, riguardano le modalità delle ispezioni ai depositi, spacci, veicoli o altri mezzi di trasporto di sostanze alimentari o bevande, la compilazione del verbale in caso di contravvenzione, il sequestro e la eventuale distruzione di sostanze putrefatte o putrescibili o comunque pericolose (la quale deve farsi con ordinanza podestarile da promuoversi d'urgenza) e la tecnica del prelevamento di campioni da sottoporsi ad analisi: i campioni devono essere suggellati e portare la firma del funzionario che procede all'ispezione, del segretario che stende il verbale e dell'esercente; se questi rifiuta di firmare il verbale o i campioni, il rifiuto e le ragioni che lo motivano devono esser dichiarati nel verbale stesso. Ciascun campione sarà diviso in tre parti delle quali una rimane all'esercente, un'altra è sottoposta ad analisi e la terza è conservata a disposizione dell'autorità giudiziaria.

Spetta all'ufficiale sanitario (o chi per esso) segnalare subito al Podestà se vi sia sospetto di trafugazione, di sostituzione o di smercio delle sostanze sottoposte a sequestro provvisorio.

Il resultato delle analisi dall'ufficiale sanitario è comunicato al Podestà; questi, ove sussistano motivi di contravvenzione, ne fa denuncia all'autorità giudiziaria; altrimenti ne dà partecipazione all'interessato (art. 75 Reg. 3 febbraio 1901). È opportuno che analoghe comunicazioni vengano fatte dall'ufficiale sanitario al medico provinciale.

Per i prodotti in vendita, riscontrati passibili di contravvenzione e che risultino provenienti da altre fabbriche, depositi o magazzini, si procederà alle necessarie ispezioni nei luoghi di origine o di produzione.

Le derrate risultate insalubri saranno distrutte, tranne nei casi nei quali, su parere dell'autorità sanitaria, possano venire utilizzate a scopo agricolo od industriale.

Le norme contenute nel regolamento 1° luglio 1926 n. 1361 corrispondono, in linea di massima, a quelle ora ricordate; è opportuno però tener presente alcune disposizioni complementari che possono esser utili nella pratica. Così per il prelevamento di campioni per le analisi sono indicate le seguenti quantità minime per ogni sostanza alimentare:

4 litri per i mosti, i filtrati dolci, i vini, i vinelli, gli aceti;

1 litro per gli olii;

800 gr. per i burri, i surrogati del burro e lo strutto;

600 gr. per i formaggi;

800 gr. per le conserve, marmellate, gelatine, mosti concentrati e sciroppi di frutta.

Diversamente da quanto prescrivono le istruzioni già ricordate, ciascuno di tali campioni deve dividersi in quattro parti; ognuna di esse sarà raccolta in sacchetti di carta o tela, e per le sostanze suscettibili di assorbire o perdere umidità, in recipienti di vetro ben asciutti e chiusi con tappo smerigliato, o almeno con tappo di sughero protetto esternamente da paraffina. I liquidi si raccolgono in bottiglie previamente lavate con acqua e poi col liquido stesso e chiuse con tappo. I campioni debbono essere suggellati e timbrati. Uno di essi resta all'interessato insieme ad uno degli originali del verbale, gli altri sono inviati all'istituto analizzatore coll'altro originale del verbale.

Particolari norme, che interessano più specialmente i direttori dei laboratori incaricati dell'esame dei campioni, indicano i criteri da seguirsi nelle analisi dei diversi prodotti alimentari.

Nei successivi articoli esamineremo le disposizioni di regolamento relative ai singoli alimenti e bevande, integrandole anche coll'illustrazione dei provvedimenti speciali eventualmente in vigore per ciascuna di esse.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. G. M., da P.:

Per ora l'unico Istituto sorto *ex novo* in Italia è l'« Istituto Benito Mussolini » per lo studio delle malattie tubercolari e dell'apparato respiratorio.

Esso è situato provvisoriamente nei locali dell'antico Ospedale militare antitubercolare di Porta Furba (Roma).

Nel corrente anno è già incominciato il corso di perfezionamento nel suddetto Istituto. Esso dura sei mesi. Nel prossimo anno si terrà un nuovo corso di più lunga durata. G. M.

All'abb. C. N., n. 2297:

Che l'ingestione di un pasto al solfato di bario a fine radiologico possa far cessare per un lungo periodo le crisi gastralgiche, è un fatto noto ai radiologi. Del resto il carbonato di bismuto o il solfato di bario rientrano fra i preparati consigliati dai medici nella cura dell'ulcera.

Il solfato di bario può essere somministrato a dose maggiore (5-10 gr. pro die) del carbonato di bismuto, ma del resto la dose massiva di 100 gr. di bario, somministrato per uso radiologico, non dà in genere disturbi al paziente quando il preparato è puro: spesso neppure stipsi. M. E.

VARIA.

Sistemazione dei medici in Russia.

Tutti i medici sono impiegati dello Stato, la pratica privata è quasi completamente abolita. Lo stipendio dei medici delle città e della campagna è uguale, e questo per impedire l'ammassarsi dei medici nelle grandi città. Lo stipendio mensile è attualmente calcolato con 110 rubli, che con qualche entrata accessoria può arrivare a 150. Le paghe aumentano gradualmente. I medici sono inquadrati nella corporazione dei lavoratori sanitari. Essa abbraccia tutte le persone dallo specialista medico all'inserviente occupato nel servizio medico. Con questo raggruppamento corporativo è sorto un rapporto collegiale oltremodo favorevole fra le singole categorie professionali e l'orgoglio accademico è interamente vinto... Tutte le istituzioni mediche hanno commissioni di sorveglianza e di controllo formate dagli ammalati, dalle quali può essere chiamato a giustificarsi persino il medico direttore.

L'arteriosclerosi degli antichi Egiziani.

Autopsie eseguite sulle mummie dimostrarono che anche fra gli Egiziani esisteva l'arteriosclerosi quantunque mangiassero poca carne e non conoscessero l'alcool, il tabacco e la sifilide.

Ruffer e Elliot Smith hanno rinvenuto frequentemente l'aorta calcificata come pure altre arterie qua e là indurite e deformi a forma di rosario.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

In sede di bilancio.

Nella relazione sul bilancio dell'Interno, approvata dalla Giunta della Camera dei Deputati, la spesa ordinaria per il funzionamento della sanità pubblica è mantenuta per l'esercizio 1930-31 nella somma di lire 19.505.000, uguale a quella stanziata nell'esercizio in corso. Solo nella parte straordinaria è previsto un aumento di lire 1.572.276 per coprire i contributi dello Stato per la costruzione di opere igieniche da parte degli enti locali.

Il miglioramento delle condizioni sanitarie è andato continuamente intensificandosi dal 1923.

La percentuale di morti per 1000 abitanti che segnava il 30,5 nel periodo 1872-75, nel 1922 era ridotta al 17,7 ed è discesa a 15,6 nel 1928.

L'Italia presenta ancora una natalità di 26,1 per 1000 abitanti (1928), quoziente molto superiore ai paesi che presentano la più bassa percentuale di morte.

Si nota altresì una diminuzione notevole nella mortalità infantile.

Circa la lotta contro la tubercolosi, si rileva che le persone assistite accertate al 31 dicembre ammontavano già complessivamente alla cifra di 18.364, con una quota di ricoverati in istituti di cura superiore a quella degli assistiti a domicilio ed ambulatoriamente e con una percentuale di familiari poco inferiore ad un terzo in confronto di quella degli assicurati.

Durante l'esercizio finanziario in corso si sono autorizzati mutui per acquedotti da eseguirsi, nell'Italia centrale e settentrionale per oltre lire 12 milioni 500.000. Per le altre opere igieniche si sono autorizzati mutui di favore per circa lire 2,150.000 con la concessione di sussidi per acquedotti ed opere igieniche per l'ammontare di lire 400.000.

Quanto all'assistenza e beneficenza pubblica, la Giunta del bilancio rileva che quanto lo Stato spende per gli scopi che l'Opera Maternità e Infanzia persegue, siano fondi utilmente e proficuamente spesi. Il grande interessamento del Governo per questa poderosa istituzione assistenziale viene confermato e riconosciuto col bilancio 1930-1931, nel quale la previsione sale da 30 a 65 milioni, assorbendo così completamente il gettito della prima imposta sui celibi.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALATRI (*Frosinone*). — A 40 giorni dal 15 feb.; L. 8500 e addizion. di L. 4 sopra i 1000 pov., di L. 5 sopra i 2000, c.-v., 5 quadrienni dec.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi.

BERGAMO. *Istituto Rachitici* (*Istituto Ortopedico Matteo Rota*). — A ore 15 del 31 mar.; 2° assistente; L. 3360 lorde e percentuale; conferme biennali; età massima 30 a.; domanda e documenti al Consiglio d'Amministraz. (Mazzini 3).

BERTONICO (*Milano*). — Scad. 15 mar.; L. 10.500; chiedere condizioni.

CASTEL GANDOLFO (*Roma*). — Scad. 30 mar.; L. 9000 e doppio c.-v., 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 100; doc. a 3 mesi; serv. entro 20 gg.; L. 400 temporaneam. quale uff. san.

MANTOVA. — Per titoli ed esami. Medico aggiunto presso l'Ufficio d'Igiene del Comune di Mantova. Stipendio L. 11.500; indennità di carica L. 1500; indennità caro-viveri, se coniugato, ridotta a sensi di legge. Scadenza per la presentazione domanda e documenti di rito ore 18 del 7 aprile. Richiedere l'avviso di concorso alla Segreteria del Comune.

MASCIANO (*Perugia*). — A tutto 15 mar.; L. 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1000 serv. att., c.-v., L. 500-2000-5000 trasp.; doc. a 3 mesi dal 10 feb.

MOTTA DI LIVENZA (*Treviso*). *Ospedale Civile « Comunale »*. — A tutto il 31 mar.; medico assistente per il servizio di guardia e gabinetto di ricerche microscopiche e batteriologiche; L. 10.000, vitto, alloggio, 50 % esami, 5 quinquenni dec.; nom. e conferme biennali. Rivolgersi alla Segreteria.

PADOVA. *Ospedale Civile*. — Assistente effettivo di medicina; L. 5000 e due bienni decimo, esclusa qualsiasi indennità; stanza d'abitaz. con obbligo di pernottarvi; medaglie di L. 30 per il pronto soccorso; scad. ore 18 del 20 mar.; età lim. 30 a. al 16 febbr. Chiedere annunzio.

POLA (*Istria*). *Ospedale Provinciale*. — Al 20 marzo è bandito il concorso per titoli a primario radiologo. Le condizioni del concorso verranno comunicate dall'Amministrazione provinciale dell'Istria a richiesta degli interessati.

PONT CANAVESE (*Aosta*). — Scad. 20 mar.; consorzio; L. 9000, oltre L. 800 uff. san., L. 1800 uff. san., 6 aumenti periodici, indenn. alloggio.

RAVENNA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare*. — Scad. 15 mar.; direttore; L. 20.000 oltre L. 4000 serv. att. e altre indennità eventuali; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.

ROCCA PIA (*Aquila*). — Scad. 18 mar.; L. 10.500 oltre L. 500 uff. san., L. 200 arm. farm., alloggio.

SERMIONE (*Brescia*). — Proroga 15 mar.; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 500 bicicl. e L. 500 uff. san.

Sorano (*Grosseto*). — Scad. 20 mar.; 4ª condotta; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., c.-v. se coniugato, L. 1000 trasp., età lim. 40 a.; tassa lire 50,15.

Torino di Sangro (*Chieti*). — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esami. Stipendio L. 3000, aumentabile del decimo per ogni quadriennio e per 5 quadrienni. Le domande e i documenti debbono pervenire non oltre il 30 marzo all'Ufficio Provinciale Sanitario, presso la R. Prefettura di Chieti. Per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio predetto.

Venezia. *Amministrazione dei Manicomi Centrali Veneti.* — Due medici di Sezione; L. 11.600 elevabili a L. 13.700, oltre L. 2800 supplem.; promozione a primari di II Classe; doc. poster. al 22 febbr.; pratica speciale; chied. annunzio. Scadenza ore 17 del 24 marzo. Rivolgersi alla Segreteria (S. Maria Formosa, Calle delle Bande, Ramo Venier, n. 5269 A).

Vigevano (*Pavia*). *Ospedale Civile ed Istituti Annessi.* — Scad. ore 12 del 16 mar.; età lim. 30 a.; L. 4500, oltre c.-v., L. 1125 serv. att.; rivolgersi alla Segreteria.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

Premi dell'« Umfia ».

L'Unione Medica Franco-Ibero-Italo-Americana ha indetto una serie di concorsi, cui possono partecipare gl'inscritti sulle liste dell'Umfia nell'anno che precede il concorso.

I principali premi sono: Voronoff di fr. 10.000 e 5000, per ricerche di endocrinologia; Dartigues e Rosenthal, di fr. 4000, sugl'interventi medicochirurgici nella tubercolosi polm. e sul pneumotorace bilaterale; Luys, di fr. 3000, sul trattamento dell'adenoma prostatico per via endoscopica; Tussau, di fr. 2000, sul trattamento della sterilità con la lipiodolizzazione utero-tubarica e sulla radiografia utero-tubarica; Foveau de Courmelles e Bandelac de Pariente, di fr. 2400, sulle radiazioni nei fanciulli. Per informazioni scrivere alla Segreteria generale dell'Umfia, rue de la Pompe 81, Paris.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La C.N.S.F. professionisti e artisti comunica: Essendo rimasto vacante il posto di Ispettore nazionale per i Sindacati sanitari in seguito alla nomina dell'on. prof. Ermanno Fioretti a Segretario nazionale dei medici, il presidente della Confederazione professionisti e artisti, on. Di Giacomo, ha nominato con l'approvazione del Ministero delle Corporazioni, l'on. prof. Alessandro Guaccero a Ispettore nazionale della Confederazione stessa, gruppo Sindacati sanitari.

Il prof. Giovanni Grixoni è stato promosso generale medico e trasferito dalla Direzione di Sanità Militare del Corpo d'Armata di Bologna alla Direzione della Scuola di Sanità Militare di Firenze. Ce ne compiacciamo con l'insigne studioso.

Nel Servizio Coloniale Belga sono nominati medici principali di prima classe i dottori Prati, Sulsenti, Armani; medici principali di seconda classe i dottori Licheri, Donadio, Arnaldi e Gabba; medici di prima classe i dottori Loddewijckx e Zoratti; *attachés* al dott. Trolli, medico capo del servizio, i dottori Crombez, Pirard e Demotais. — Notiamo la grande prevalenza dei nomi italiani: i nostri connazionali hanno saputo farsi apprezzare e sono molto accetti nel Congo belga, ove le condizioni di vita divengono sempre migliori per i bianchi, avvicinandosi a quelle di regioni molto incivilite.

La Società di Neurologia di Parigi ha eletto per il 1930 il seguente consiglio direttivo: presidente Lhermitte, vice-presidente Baudin, segretario generale O. Crouzon, segretario delle sedute Béhagn, tesoriee A. Charpentier.

La Società dei Chirurgi di Parigi ha eletto: presidente Gosset, vice-presidente Lenormant, segretario generale Proust, segretari annuali Basset e Sauvé, tesoriere Poupet, archivista Mocquot.

La Società Medica degli Ospedali di Parigi ha eletto: presidente H. Dufour, vice-presidente H. Claude.

La Società di Biologia, sede di Parigi, ha chiamato alla vice-presidenza Guiesse-Pelissier e Ménégaux.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Firenze.

Inaugurazione dell'anno accademico alla Scuola di Sanità Militare.

L'inaugurazione dell'anno accademico alla locale Scuola di Applicazione di Sanità Militare, alla cui direzione trovasi preposto il generale medico prof. Grixoni, ha assunto quest'anno una particolare solennità per la presenza di S. E. il Ministro della Guerra gen. Gazzera. La cerimonia si è svolta la mattina del giorno 24 febbraio alla presenza di tutte le autorità cittadine, di un folto stuolo di professori del nostro Ateneo, dei numerosissimi allievi della Scuola stessa.

Dopo l'omaggio reso davanti al monumento del Medico caduto in guerra, il gen. Grixoni in un lucido discorso ha esposto il lavoro compiuto dalla Scuola, gli scopi e le finalità della medesima che provvede egregiamente a plasmare i giovani laureati per le necessità e i bisogni della Patria. Il tema della lezione inaugurale « Importanza dell'igiene militare in pace e in guerra » è stato indi trattato dal ten. col. prof. Bruni, che ha prospettato tutta l'opera che spetta in questo campo al medico militare.

Canale.

Da Genova.

Commemorazione del prof. Enrico Morselli.

La grande aula dell'Università Popolare, nella quale la voce del grande Maestro recentemente scomparso, altre volte ebbe a risuonare nell'opera di propaganda scientifica ed educativa, la sera del 19 febbraio u. s. era affollata da un pubblico

d'eccezione, che rese più solenne e significativa la commemorazione di Enrico Morselli, affidata alla parola del Suo successore sulla Cattedra di Genova, il prof. Ugo Cerletti.

Presente il Magnifico Rettore dell'Università prof. Moresco, pressochè al completo la Facoltà medica, largamente rappresentate le altre Facoltà, innanzi al presidente ed al Consiglio dell'Università Popolare, nonchè ad una folla di autorità civili, militari ed accademiche, la figura del grande psichiatra, col quale si è chiusa una gloriosa êra scientifica, è stata rievocata dal Cerletti nell'integrità della Sua opera e della Sua nobiltà.

La sterminata produzione del Maestro, dalla prima opera su « Spirito e Materia », scritta a 17 anni, fino ai due magnifici volumi sulla « Psicoanalisi » dettati dal Morselli pressochè settantacinquenne con ardore giovanile, con eleganza impareggiabile e con dottrina profondissima, è stata analizzata dall'O. necessariamente a grandi linee, ma in modo tale da far risaltare il grande valore delle opere stesse, fra i cui meriti uno precipuo sta nella caratteristica di freschezza e vitalità. Così che dagli studi su « Psicologia e Spiritismo » all'aurea « Semeiotica delle Malattie Mentali »; dall'« Antropologia Generale » al classico volume sulle « Neurosi traumatiche »; dalle « Perizie medico-legali » nei celebri processi Murri, Modugno, Gozzadini ed altri, ai già citati volumi sulle teorie freudiane, gli scritti di Enrico Morselli furono pel passato, sono tuttoggi e saranno in avvenire fonte doviziosa di cognizioni e modelli di opere scientifiche, nelle quali al sapere si sposa la più attraente e nobile forma d'arte.

Poichè Enrico Morselli, oltre che scienziato nel campo della biologia, fu profondo filosofo e letterato insigne. Al qual riguardo di grande significazione sono le parole ammirate che per Lui, agitatore instancabile della fiaccola del patriottismo, ebbe in Palazzo Doria Gabriele D'Annunzio nelle giornate febbrili del maggio 1915.

Il prof. Cerletti ricordò un altro dei principali meriti del Maestro scomparso: quello di aver lottato, nella Sua carriera manicomiale, per la modernizzazione del trattamento degli alienati, e di aver abolito quei tragici strumenti di tortura che nei Manicomi di Macerata e di Torino ancora Egli trovò in funzione allorchè, giovanissimo, ne assunse la direzione. L'ergoterapia fu da Lui introdotta nei Manicomi, trasformatisi per Suo merito precipuo da ricoveri lugubri per esseri umani considerati inesorabilmente perduti, in luoghi di cura nei quali la face della speranza non è lasciata spegnere.

I meriti didattici del Morselli furono pure messi in giusta luce dall'O. che dal Maestro scomparso raccolse la gravosa eredità della costruzione della nuova Clinica Psichiatrica, opera attorno alla quale Enrico Morselli lavorò fino agli ultimi giorni, chiusi da una morte serena: la vera morte del Giusto.

Il Cerletti, nella promessa di fare della nuova Clinica « una officina di Scienza e di Lavoro donde tragga perenne alimento la fiaccola luminosa ch'Egli accese », chiuse il suo dire su quest'Uomo, la cui vita è tracciata nelle parole che si leggono, scritte di Suo pugno, sotto una Sua recente effigie: « Patria, Scienza e Bellezza: le tre fiamme che mi scaldano lo spirito! ».

D. Macaggi.

NOTIZIE DIVERSE.

21° Congresso Nazionale d'idrologia, climatologia e terapia fisica.

Il Consiglio direttivo dell'Associazione Medica Italiana d'idrologia, climatologia e terapia fisica, considerando che in occasione del Congresso sarà tenuta in Coo la glorificazione d'Ippocrate, ha prescelto per le relazioni i seguenti argomenti: 1) « L'opera di Ippocrate sull'idroterapia » (relatore da destinarsi); 2) « Idrologia e patologia costituzionale d'Ippocrate » (relatore prof. Rondoni, stabile nella Regia Università di Milano); 3) Patologia professionale d'Ippocrate » (prof. Devoto, stabile nella R. Università di Milano). Numerosi temi di comunicazioni sono già pervenuti al Comitato.

Sono assicurate notevoli riduzioni ferroviarie e marittime. L'epoca precisa del Congresso non è ancora stata stabilita per vari motivi, ma si ha ragione di ritenere che esso avverrà dal 21 al 27 settembre. Un'apposita motonave sarà messa a disposizione dei congressisti facendo imbarco a Venezia e a Brindisi.

A far sì che i congressisti non possano trovarsi a disagio, sia per la forzata limitazione dei posti a bordo della nave, sia perchè arrivando in Rodi durante la stagione balneare non possano trovare ospitalità nel Grande Albergo delle Rose, il più lussuoso degli alberghi marittimi del Mediterraneo Orientale, la motonave rimanendo attraccata a banchina, permetterà che i partecipanti al Congresso-Crociera si sentano maggiormente in casa propria non prendendo alloggio a terra. Fatto simile avviene costantemente con le numerose crociere internazionali che visitano e soggiornano a Rodi durante l'estate.

Con la stessa motonave i congressisti visiteranno le isole minore e principalmente Coo, nella quale sarà tenuta la giornata d'Ippocrate. Da Brindisi la motonave, dopo avere attraversato il Canale di Otranto, entrerà nel golfo di Corinto costeggiando Lepanto. Attraversando di giorno il Canale di Corinto sosterà al Pireo per alcune ore. Speciali trattative sono in corso per far sì che i congressisti possano nella sosta al Pireo recarsi a visitare Atene e l'Acropoli. Coloro che vorranno far questo, dovranno essere muniti del passaporto per l'estero rilasciato dalle autorità italiane e recante il visto di un consolato della Repubblica Ellenica, mentre per recarsi a Rodi, sarà sufficiente uno speciale lasciapassare che verrà inviato con la tessera di riconoscimento a tutti coloro che si inscriveranno regolarmente al Concorso. Tale lasciapassare porterà il visto delle autorità di P. S. di Rodi ed il numero della tessera di iscrizione al Congresso.

La cittadinanza di Rodi sta preparando festeggiamenti sopratutto a carattere folkloristico, coordinati da un apposito Comitato.

La quota d'iscrizione è di L. 30 per i membri titolari e di L. 20 per i membri aggregati (signori e figli minori).

Rivolgersi al Presidente del Comitato, prof. Carlo Gasperini, Rodi, Egeo.

21° Congresso francese di medicina.

Come abbiamo già annunziato, si adunerà nel Belgio, a Liegi, dal 23 al 27 settembre; il Comitato promotore è presieduto dal prof. Beco; se-

gretario generale ne è il prof. Roskam, rue Beekman 16, Liége; tesoriere il prof. Schoofs, rue Louvrex 41, Liége. Temi: « Le ipertiroidie », « Il metabolismo del calcio », « Le indicazioni terapeutiche dell'insulina al di fuori del diabete ». Possono partecipare al Congresso di diritto i membri dell'« Association des médecins de langue française », e, sotto riserva di accettazione da parte dell'Ufficio di presidenza, altri medici e studiosi; possono essere iscritti come associati gli studenti e le persone di famiglia degli aderenti. La quota è di 100 franchi belgi per gli aderenti, di 50 per gli associati.

34° Congresso francese di neuropsichiatria.

Come abbiamo già annunziato, la 34ª sessione del Congresso dei medici alienisti e neurologi della Francia e dei Paesi di lingua francese si adunerà a Lilla, Francia, dal 21 al 26 luglio. Verrà presieduta dal prof. Abadie di Bordeaux; ne sarà segretario generale il dott. Pierre Combemale, rue d'Esquermes 93, Lille. I temi sono: « Il liquido cefalo-rachidiano nelle malattie mentali », « I riflessi di posizione elementari », « L'applicazione della legge sulle assicurazioni sociali ai malati con disturbi mentali ». Quota: 50 franchi francesi per gli aderenti, 30 per gli associati. Gli inscritti prima del 10 giugno riceveranno le relazioni a stampa appena approntate.

Alla Scuola di Sanità Militare.

Con l'intervento del ministro della Guerra gen. Gazzera, il 24 febbraio fu solennemente inaugurato a Firenze l'anno accademico della Scuola di Sanità Militare. Erano presenti l'arcivescovo card. Mistrangelo, il podestà sen. Della Gherardesca, il direttore generale di Sanità Militare gen. Riva e moltissime altre autorità politiche, militari, universitarie e civili. Ne riferiamo in altra parte del giornale.

Corso celere di tisiologia a Genova.

Dal 28 aprile al 28 maggio avrà luogo nell'Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla tubercolosi in Genova, diretto dal sen. E. Maragliano, un corso di perfezionamento nella patologia e nella clinica delle malattie tubercolari, col concorso di professori della Facoltà Medica della R. Università di Genova.

Le iscrizioni si fanno presso la Segreteria dell'Istituto in via Balilla 1. Agli iscritti che avranno frequentato regolarmente il corso sarà rilasciato apposito diploma.

L'iscrizione è gratuita. Il numero degli iscritti sarà limitato. I primi iscritti avranno la precedenza.

Corsi di idrologia a Parigi.

Presso la Facoltà Medica di Parigi, durante le ferie pasquali (24 marzo-5 aprile), si terrà un corso di perfezionamento sulla « Terapia medica e idrologica delle malattie del tubo digerente, del fegato e della nutrizione »; si svolgerà nell'Ospedale Necker; sarà essenzialmente pratico: l'insegnamento orale nell'anfiteatro Guyon sarà integrato da dimostrazioni al letto del malato nella sala Delpech. Il corso verrà diretto dal prof. Maurice Villaret con la collaborazione di altri insegnanti. Alla chiusura del corso seguirà, dal 5 al 7 aprile, un viaggio a Vichy.

Un corso simile si terrà durante le ferie estive, al principio di luglio, sulla terapia medica e idrologia delle malattie respiratorie, circolatorie e renali.

I due corsi si ripetono tutti gli anni, alle stesse epoche.

Per informazioni rivolgersi a: Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

L'attività dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

Quale sia l'attività che svolge l'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, per l'assistenza sociale alle gestanti e la protezione dei fanciulli, è ormai noto: essa cura praticamente che alle gestanti ed alle puerpere siano concessi i prescritti periodi di riposo e sia conservato il posto dai datori di lavoro; che alle madri nutrici disoccupate sia dato lavoro; che sia facilitato il riconoscimento dei figli naturali e la legittimazione delle unioni tra i genitori dei figli illegittimi, perchè non si sperda l'unità familiare; vigila sul trattamento dei fanciulli impiegati nel lavoro; agevola ai minorenni licenziati da istituti il collocamento al lavoro e presta particolarmente attenzione prudente ed accorta alle fanciulle finchè non trovino occupazione; controlla l'osservanza dei divieti contenuti nella legge circa l'impiego dei fanciulli nei pubblici spettacoli e l'uso delle bevande alcooliche e del tabacco; vigila sui fanciulli collocati presso famiglie ed istituti per garantirli dal punto di vista igienico, morale, educativo.

Per la "Casa dello Studente" a Roma.

Presso la Direzione del Partito, convocata da S. E. Turati, si è riunita una Commissione per prendere gli accordi necessari per costituire la « Casa dello Studente » a Roma.

Dopo un'ampia discussione sono stati approvati il progetto di massima finanziario, preparato dal rettore dell'Università, e quello tecnico preparato dall'on. Calza-Bini. Le adesioni raccolte in tale seduta sono risultate sufficienti per assicurare la costruzione di una casa per ospitare 300 studenti, oltre alle biblioteche, palestre, sale di convegno, sale da pranzo, infermerie, ecc. Ancora altre adesioni verranno certamente per dotare Roma di una Casa goliardica degna della capitale e che sarà modello a quelle che sorgeranno nelle varie sedi universitarie.

Lascito benefico.

L'industriale finlandese Jesulius ha lasciato morendo la somma di 100 milioni di marchi, pari a circa mezzo miliardo di lire it., che dovranno servire per lo studio del cancro e della tubercolosi. La quarta parte di questo legato andrà a beneficio di studiosi stranieri nonchè di istituzioni scientifiche che all'estero hanno per scopo lo studio dei mali che mietono più vittime.

Un francobollo della Croce Rossa.

Ad iniziativa del presidente generale della Croce Rossa Italiana, S. E. Cremonesi, che ha ottenuto il consenso del Governo, in occasione delle nozze

del Principe di Piemonte con Maria di Brabante è stato emesso un francobollo commemorativo a benefizio della Croce Rossa, in due tipi (da L. 0.50 e da L. 1.25); reca l'effige degli Augusti Sposi e la leggenda « Pro Croce Rossa ». Sarà valido per tutto il 1930.

Onoranze a sanitari in Milano.

Il 24 febbraio nell'Ospedale Maggiore di Milano si è svolta una cerimonia imponente in onore dei due primari dottori Francesco Crosti ed Enrico Clerici, che, dopo lunghi anni di lavoro, vanno a riposo. Intervennero alla cerimonia molte autorità cittadine e un grande numero di medici, suore, infermieri e infermiere. Parlarono il presidente del Consiglio degli Istituti Ospitalieri avv. M. Della Porta, che consegnò ai festeggiati una grande medaglia d'oro di benemerenza e un'artistica pergamena, il sen. Baldo Rossi, il prof. Umberto Carpi, il gen. med. Perego, il prof. Ambrogio Binda; risposero i due festeggiati.

In questa occasione furono rievocate molte grandi figure che hanno onorato il massimo Nosocomio milanese.

* * *

Lo stesso giorno i medici della Provincia di Milano hanno offerto un sontuoso banchetto al dott. Igino Pampana, medico provinciale di recente collocato a riposo dopo 33 anni di servizio.

V'intervennero quasi tutti i maggiori esponenti delle professioni sanitarie della provincia. Parlarono il prof. Belfanti per i medici, il comm. Gallo per i farmacisti, la sig.ra Cocco per le levatrici, l'ex-prefetto di Milano conte Olgiati e altri; rispose il festeggiato, commosso per la dimostrazione di affettuosa amicizia.

Onoranze al prof. Comba.

In occasione del 25° anno di insegnamento del prof. Carlo Comba, di Clinica pediatrica a Firenze, gli sono state rese, all'Ospedale pediatrico Meyer, solenni onoranze. Dopo i saluti augurali del Rettore Magnifico, prof. Burci, e del Preside della Facoltà, sen. Gatti, hanno illustrato la figura del festeggiato i proff. Pacchioni, Cattaneo e Fiore, il quale, come discepolo più anziano, ha offerto, a nome dei numerosissimi allievi, un'artistica medaglia-ricordo e un volume di memorie dedicato al Maestro. Ha risposto a tutti vivamente commosso il prof. Comba, che, nell'occasione, ha voluto porre a disposizione della R. Università di Firenze una borsa di studio di lire 100.000 per i giovani di disagiate condizioni finanziarie, i quali vogliano dedicarsi agli studi pediatrici.

Onoranze al prof. U. Gabbi.

Un gruppo di colleghi, allievi e ammiratori, raccolti sotto la presidenza onoraria del prof. E. Maragliano, si propone di festeggiare il prof. U. Gabbi in occasione del di lui settantesimo compleanno.

Il « Giornale di Clinica Medica » e l'« Archivio fascista di Medicina Politica » pubblicheranno numeri monografici. I contributi originali (nel campo della Clinica Medica per il primo, nel campo della Medicina Politica per il secondo) dovranno inviarsi alle redazioni giornalistiche (Clinica Medica, Parma) non oltre il 15 aprile 1930.

Congresso Nazionale d'infermieri.

Si è tenuto a Siena il Congresso nazionale infermieri ospitalieri fascisti. Venne inaugurato con una imponente adunata sindacale al Teatro dei Rozzi, presenti i delegati degli infermieri giunti da ogni parte d'Italia, gli esponenti del Direttorio nazionale della Federazione e le autorità cittadine, militari, civili e politiche. Aprì i lavori il segretario federale del pubblico impiego, console Mascaretti, e riferì il membro del Direttorio nazionale Burroni.

Nella storica cappella del civico palazzo, presenti il prefetto, il podestà e le altre autorità, venne benedetto dall'arcivescovo Scaccia il gagliardetto dei Sindacati infermieri.

I lavori del convegno si sono svolti attivamente.

Per l'assistenza medica ai poveri in Chicago.

L'Associazione Medica di Chicago ha deciso di stabilire il sistema del pagamento a *forfait* per i clienti poveri. Dopo che il medico avrà posto la diagnosi, farà un calcolo approssimativo del costo totale del trattamento, tenendo conto delle condizioni economiche della famiglia del malato, e riempirà un modulo, il quale servirà come attestazione per negoziare un prestito al 6 % d'interesse pei servizi che verranno resi dal medico. Questi riceverà uno *chèque* per il 35 % del suo preventivo immediatamente, e il resto dopo la guarigione. La Associazione Medica di Chicago preleverà il 30 % sul totale degli onorari corrisposti, onde costituire un fondo per fronteggiare i rischi di mancato pagamento. Se il malato muore, il medico dovrà contentarsi dell'anticipo percepito, del 35 %.

Sciopero di medici a Strasburgo.

È stato provocato dalle assicurazioni sociali, che nell'Alsazia, dopo il passaggio alla Francia, hanno continuato ad applicarsi ininterrottamente.

La Cassa retribuiva i medici con fr. 3.75 per consulto a domicilio del medico, 6.50 a domicilio del malato. I medici hanno chiesto un trattamento meno indecoroso, tanto più che la Cassa nel 1928 e nel 1929 ha realizzato dei benefizi di 5 milioni di franchi. La Cassa ha ricusato, d'onde lo sciopero.

Piuttosto che cedere, la Cassa ha ingaggiato una trentina di medici a 60.000 franchi l'anno. Ma il numero non bastava; si è dovuto aumentarlo, abbassando l'onorario a 45.000 franchi. Gli antichi medici continuano a prestar le loro cure agli assicurati che le richiedono, a tariffa normale e con retribuzione diretta.

Mostra d'arte di sanitari a Parigi.

Il « Salon des Médecins » si terrà per l'undecima volta a Parigi dal 15 al 24 giugno, nei locali del « Cercle de la librairie », boulevard Saint-Germain 117, Paris (VIe). Medici, farmacisti, odontologi, veterinari, studenti e loro famiglie sono invitati a esporre le loro opere di pittura, scultura,

incisione e arte decorativa. Per informazioni rivolgersi al segretario organizzatore, Dr. Paul Natier, rue Lecourbe 84, Paris (XVe), includendo francobollo internazionale per la risposta.

Crociera della "Revue générale des Sciences".

La « Revue générale des Sciences » ha organizzato una crociera per le feste di Delfo; partenza il 19 aprile da Marsiglia, ove si farà ritorno il 7 maggio; prezzo 6200 franchi francesi, tutto compreso. Il numero dei posti è limitato. Per informazioni rivolgersi al sig. Frédéric Olivier, avenue Niel 67, Paris (17e); telegrammi: Wagram 76-87.

Ospedale distrutto da un incendio.

Nell'Ospedale di San Giuseppe a Providence (Rhode Island, Stati Uniti) si è sviluppato un violentissimo incendio. Nelle corsie si trovavano circa 160 malati, i quali furono tutti tratti in salvo. L'ospedale è rimasto virtualmente distrutto dal fuoco, che a quanto sembra si è sviluppato per combustione spontanea nel deposito delle immondizie. Il personale ebbe la prontezza di spirito di eliminare tempestivamente 35 bombole di ossigeno, che scoppiando avrebbero potuto provocare una catastrofe. Il sangue freddo dei sanitari, delle monache e degli infermieri addetti all'ospedale ed il sollecito intervento dei pompieri e delle forze di polizia hanno impedito che vi fossero vittime.

"Le Scalpel".

Il nostro confratello belga « Le Scalpel », di cui — come avevamo annunciato — è stata distrutta la tipografia da un incendio, è già ricomparso nella forma abituale, con pochi giorni di ritardo. Ci rallegriamo per questa prova di perfetta organizzazione.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Tommaso Ricca, di 54 anni, domiciliato a Roma, è stato investito da una motocicletta riportando frattura comminuta del dorso nasale e ferita lacero-contusa.

Vittima del dovere.

Un infermiere di Lilla, a nome Gerardo Becune, di 21 anni, nel curare una bambina difterica, ha contratto il morbo e nonostante gli sforzi dei medici ha dovuto soccombere. Prima di morire è stato premiato con la medaglia d'oro delle epidemie, che gli venne consegnata dallo stesso Prefetto, del che il morente si mostrò gratissimo. I funerali sono stati commoventi.

Il "giorno della madre".

È stato celebrato a Sersale (Catanzaro), a Bologna ed altrove, il primo anniversario del sacrifizio di Carmela Borelli, che, per difendere due suoi bambini da una bufera di neve, li coprì delle proprie vesti, scontando col sacrifizio della vita la loro salvezza. A Bologna la cerimonia ha assunto speciale solennità; parlarono il prof. De Napoli, il prof. Ferrari, la dott.a Cantalamessa e fu letta una lirica di Zangarini.

Un chirurgo che sterilizzava i pazienti.

Si è svolto a Vienna un clamoroso processo contro il prof. Schmerz, chirurgo capo della « Cassa malattie » (Mutua sanitaria) per gli operai di Graz, il quale aveva praticato, in 700 pazienti circa, la legatura bilaterale dei vasi deferenti, onde evitare che avessero dei figli.

L'imputato dapprima rifiutò di dare spiegazioni, trincerandosi dietro il privilegio professionale del segreto. Cedendo però alle pressioni del Tribunale, dichiarò che egli perseguiva dei fini sociali, in quanto si trattava di pazienti in condizioni economiche disagiate, ovvero già oberati di famiglia, od anche le cui mogli erano colpite da gravi infermità, per modo che le gestazioni ulteriori erano indesiderabili. Aveva sempre avuto il consenso degli operandi. L'intervento era semplicissimo, non richiedendo più di 10 minuti; non portava alla sterilità definitiva, poichè un semplice intervento ulteriore poteva ristabilire la continuità dei dotti deferenti. Sfilarono molti testimoni. Lo strano è che essi si dichiararono tutti entusiasti dell'intervento subito. Nessuno aveva più avuto figli; la loro potenza virile era aumentata; si sentivano tutti più forti e più atti al lavoro. I colleghi dello Schmerz deposero favorevolmente sulla sua correttezza professionale. La Corte condannò lo Schmerz, in base all'art. 411 del Codice penale, per lesioni volontarie, a due giorni di prigione, redimibili con 15.000 scellini (40.000 lire) di multa.

Avverso la sentenza è stato interposto appello.

In esito al processo l'Università di Gratz, ove lo Schmerz insegna, ha aperto un'inchiesta disciplinare contro di lui.

Si è spento a Lima il dott. HERMILIO VALDIZAN, professore di neuro-psichiatria in quell'Ateneo, apprezzatissimo quale clinico, quale Maestro e quale studioso.

Fu allievo di Sante De Sanctis ed amò con passione l'Italia. In lingua italiana pubblicò alcuni dei suoi studi migliori.

Lascia una serie di contributi del più alto interesse nel campo della psicologia, della psichiatria, della neurologia, della medicina legale. Descrisse una paralisi progressiva senza demenza; dette la prima analisi del delirio nel morbo di Carrion; indagò lo sviluppo fisico e la forza muscolare dei frenastenici; penetrò nell'espressione simbolica della vita mentale. Compì interessanti ricerche sulla psicologia dei testimoni, sulla psicologia dei malati, sulla psicologia della vecchiezza. Fu il primo a parlare di una « malattia dell'amore », quale esagerazione e aberrazione di un sentimento normale, tesi recentemente ripresa da Voivenel in un libro che ottiene largo successo. Sostenne che non esista delitto senza delinquenza (occasionale). Divenne un apostolo dell'igiene mentale e fondò un seminario d'igiene mentale. Molti dei suoi studi concernono la razza indigena: la psicologia, i miti medici, la medicina popolare. Si occupò con passione anche della storia della medicina nel Perù. Non sdegnò la metapsichica.

È difficile condensare in poche righe la sua multiforme e intensa operosità; diremo che fu un uomo d'ingegno, d'azione e di cuore.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Deut. Med. Woch., 25 ott. — Siebeck. Stato irritativo dello stomaco.

Bull. Soc. Roumaine de Neurol., ecc. ott. — J. Minea. Forma pseudopolineuritica della sclerosi a placche.

Paris Méd., 26 ott. — P. Vallery-Radot e Rouquès. L'urticaria da freddo.

Bull. Méd., 26 ott. — Numero di oftalmol.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ott. — Numero sulle malattie polmonari.

Ann. de l'Institut Pasteur, ott. — J. Heimbeck e al. Sul B C G.

Deut. Med. Woch., 1 nov. — Winternitz e Naumann. V'è alimentaz. attraverso la cute? — Martens. Piemia e sepsi.

Amer. Journ. Obst. a Gyn., ottobre. — O. H. Schwartz e W. J. Dieckmann. Trattam. conservativo dell'eclampsia. — P. F. Williams. L'ipotensione arteriosa in gravidanza.

Radiol. Med., nov. — M. Complani. Lussaz. congenita della testa del radio. — A. Fraticelli. Terapia radiologica della pertosse.

Minerva Med., 27 ott. — M. Lusena. Causa di errore nella determinaz. dei gruppi sang. — L. Sussig. Simpatectomia chimica.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 3 ott. — F. Bindi. Cura chirurg. della peritonite purulenta.

Journ. Méd. Franç., sett. — Numero sulla dietetica nelle piressie.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., ott. — G. P. Cucco. L'emofagia di Müller. — P. Marconi. Anergia morbillare.

Revue de Méd., 3. — Numero sulle malattie renali.

Ann. di Ottalm. ecc., 8-9. — E. Panico. Cataratta da cloruro di sodio. — E. Moretti. Operazione contro il panno corneale tracomatoso: limbusrafia.

Brit. Med. Journ., 2 nov. — A. T. Todd e H. M. Aldwinckle. Seleniuro di piombo colloidale e radium nel cancro.

Zeits. f. Tuberk., ott. — H. Maendl e O. Lichtwitz. — Pleurite essudativa del lato opposto a quello frenicotomizzato. — H. Bergmann. Tbc. polm. e diatesi emorragica.

Ann. de Méd., ott. — L. Dautrebande. Stati ipertiroidei. — C. Bacaloghe e al. Cisti idatidea del cuore.

Minerva Med., 3 nov. — G. Vercelli. Herpes zoster con segni di lesione piramidale.

Münch. Med. Woch., 1 nov. — v. Seemen. Fondamenti biologici dell'intervento chirurgico. — Guhuaun. Allergia pollinica e desensibilizzazione.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., nov. — S. Moschkowski. Chininoprofilassi della malaria. — H. Ruge e al. Fisiologia patologica della malaria.

Zbl. f. Chir., 2 nov. — N. Guleke. Elettrochirurgia nelle operazioni craniche. — J. Loessl. L'ac. cloridrico come antisettico. — C. Schroeder. I moderni metodi d'anestesia.

Practitioner, nov. — A. H. Douthwaite. L'artrite cronica. — J. S. Riddell. Radioterapia dei tumori mal.

Bull. Méd., 31 ott. — G. Lyon. Trattam. delle emicranie.

Dermosifilografo, ott. — T. Venturi. Ascessi multipli della guaina della verga, da gonococco, senza infezione dell'uretra. — E. Venturi. Allergia cutanea nell'infez. da streptococco di Ducrey.

Studium, 20 ott. — G. Denes. Gastroenteriti acute da Proteus vulgaris.

Ann. Ital. di Chir., 31 ott. — D. Vallone. Ernia crurale consecutiva alla cura dell'ernia inguinale col metodo Bassini. — V. Simeoni. Sarcomi dei mascellari.

Paris Méd., 2 nov. — Numero sulle malattie infantili.

Medic. Ibera, 2 nov. — G. Pittaluga. Abitaz. rurale ed endemia malarica.

Soc. d. Hôp., 4 nov. — E. May e M. Kaplan. Forme encefalitiche della febbre tifoide.

Presse Méd., 9 novv. — N. Loeper e al. La prova del vino negli epatici.

Lancet, 9 nov. — A. Arkwright. La virulenza dei batteri nelle malattie infettive. — G. Armitage e J. Gordon. I derivati chinolinici nel trattamento delle infezioni.

Amer. Med., ott. — M. Golob. Il drenaggio medico delle vie biliari.

Giorn. di Cl. Med., 30 ott. — M. Massa. Azione patogena della coproporfirina.

Minerva Med., 10 nov. — G. Bossa. Azione della ergotamina sul metabolismo degli idrati di carbonio.

Quaderni di Psichiatria, sett.-ott. — G. Montesano. Costituzione, carattere, temperamento e malattie mentali.

Prensa Méd. Argent., 20 ott. — M. R. Castex e A. V. Di Gio. Splenocontrazione adrenalinica.

Arch. Méd.-Chir. de l'App. Resp., 3. — P. Chevallier. Perinefriti tbc. primitive. — G. Lanicz. Pneumotorace speriment.

Stomatol., nov. — C. Bruhn. Cura chirurgico-ortopedica dei difetti mascellari congeniti e acquisiti. — H. Moral. Patologia dello spazio pterigo-mandibolare.

Riforma med., 2 nov. — G. Bossa. Splenomegalia emolitica. — A. Costa. Gastriti ulcerative e pseudo-membranose in corso di tifo.

Zbl. f. Chir., 9 nov. — A. Sanctis Pepiña. Gangliectomia simpatica lombo-sacrale. — N. A. Sinaxewitru e N. N. Toporkoff. Appendicite e crisi gastriche.

Clinica Chirurg., sett. — B. Rossi e J. Scalone. Risultati della resezione dello stomaco per ulcera gastr. e duoden.

Mediz. Klinik, 8 nov. — E. Vogt. Diagnosi della gravid. mediante ricerca dell'ormone del lobo anter. dell'ipofisi nell'urina.

Mediz. Welt, 9 nov. — H. Hunter. Trattam. delle malattie da ipersensibilità. — F. Breitbarth e Habernoll. La febbre fangosa.

Wien. Klin. Woch., 7 nov. — Plesch. Emodinamica clinica.

Deut. Med. Woch., 8 nov. — Heidenhain. Patografia. — Ickert. Tbc. e costituzione.

Journal A. M. A., 26 ott. — S. H. Mentzer. Dotti biliari anomali nell'uomo. — M. A. Nicholson. Deformità ai pielogrammi.

Rev. Méd. de Barcelona, set. — E. Ribas Ribas. Risultati della resezione gastrica.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 nov. — M. Péhu e A. Mestrallet. Pseudo-paralisi di Parrot.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., nov. — B. J. Alpers e H. D. Palmer. Complicazioni cerebrali e midollari della gravidanza e del puerperio. — A. Gordon. Dilataz. e ingorgo di vene cerebrali tumore. — P. Schilder. Base somatica delle neurosi.

Riv. di Patol. e Cl. della Tub., 31 ott. — I. GWERDER-PEDOJA e I KALMAR. Ptosi intestinale nei tubercolotici. — E. FRANCO. Nuova reaz. nelle urine dei tbc.

Lancet, 16 nov. — A. F. HUST. Sintomi percussori del carcinoma gastrico.

Zbl. f. Chir., 16 nov. — M. GRAUHAN. Trattam. dei feriti alle vie urin. ed esami urologici. — A. CHASIN. Operaz. di Pirogoff.

Zbl. inn. Med., 16 nov. — H. BENEDICT. Reaz. linfatica e febbre glandolare.

Surg., Gyn. a. Obst., nov. — H. KOSTER e L. P. KASMAN. Anestesia spinale per capo, collo e torace. — A. M. RECHTMAN. Pneumartrosi del ginocchio.

Brit. Med. Journ., 16 nov. — E. N. CHAMBERLAIN. Significato del colesterol in fisiologia e patologia.

Riv. di Clin. Med., 15 ag. — G. CORRADINI. Permeabilità delle pareti capillari.

Rass. Clin. Scient. dell'Istituto Biochim. It., 15 nov. — Numero di oncologia.

Ann. di Ostetr. e Gin., 31 ott. — F. VOZZA. Diagnosi biologica ormonale della gravid. — G. DELLEPIANE. Funzione del feg. e delle vie biliari in gravid. e puerperio.

Deut. Med. Woch., 15 nov. — CEELEN. Patologia dell'arteriosclerosi.

Journal A. M. A., 2 nov. — L. P. PLAYER. Dopo la prostatectomia. — W. B. KOUNTZ e al. Enfisema simulante scompenso cardiaco.

Riv. Ital. di Ginecol., ott. — A. MARTINOLLI. Funzione motoria della tuba falloppiana. — L. MAGNANI. Forma rara nella pelviologia ostetrica.

Amer. Journ. Med. Sciences, nov. — L. F. BARKER. Spasmo colico e colopatia mucosa. — R. S. MORRIS e S. L. DORST. Ricinoleato sodico nelle affezioni allergiche del tratto intestinale. — K. SCHAFFLE e M. RIESENBERG. Wassermann positiva del liquor in casi di meningite non luetica. — E. L. SCORINGHAUS e J. S. EVANS. L'ormone ovarico. — S. BOBB e J. P. HUBBARD. Emorragie cerebrali da stasi venosa e capillare.

Rivista Terapia Mod. e Med. Pratica, Milano, febbraio 1930. — Per il libro medico Italiano. — Lavori premiati al concorso « Rivendicazioni Scientifiche Italiane ». — Notiziario. — Per la stampa medica Italiana.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII — Roma, 17 Marzo 1930 — Num. 11

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sanatorio della C. R. I. "Cesare Battisti„ Roma.

L'antigene metilico nella cura della tubercolosi polmonare

per il prof. GUIDO MENDES, direttore.

Il Nègre ed il Boquet, dell'Istituto Pasteur di Parigi, hanno da alcuni anni preparato uno speciale estratto bacillare metilico che doveva servire, nel concetto degli AA., a contenere ben separate dalle altre le sostanze fissatrici del bacillo di Koch, onde adoperarlo come antigene specifico sufficientemente sensibile per rivelare gli anticorpi esistenti nel siero degli ammalati di tubercolosi.

Gli AA. per preparare l'antigene in parola si sono valsi di bacilli umani e bovini provenienti da culture su brodo glicerinato di sei settimane.

Sterilizzate col riscaldamento dette culture (30 minuti a 120°), filtrate su carta e mescolate in parti eguali, i corpi bacillari vengono lavati sul filtro con acqua distillata e poi disseccati alla stufa, o nella campana a vuoto.

I microbi secchi sono poi trattati con acetone (1 centig. di acetone per centigramma di sostanza bacillare), seccati di nuovo e poi messi a macerare entro l'alcool metilico a 99° in parti eguali (un centigrammo di acetone per un centigrammo di corpi bacillari).

Tale miscuglio viene lasciato macerare per dieci o dodici giorni in termostato a 37-38 gradi agitandolo di tanto in tanto, ed infine i corpi microbici vengono separati per filtrazione dal liquido, che costituisce l'Antigene tubercolare in questione.

Gli AA. hanno impiegato l'Antigene metilico come reattivo diagnostico nella tubercolosi umana ed hanno ottenuto in soggetti certamente ammalati l'85 % di reazioni positive, e tali risultati sono stati confermati da numerosi autori; in seguito hanno fatto delle esperienze circa l'azione dell'Antigene metilico sulla tubercolosi sperimentale del coniglio e della cavia.

Hanno così potuto osservare che la maggior

parte degli animali trattati con l'Antigene hanno sopravissuto da uno a cinque mesi in confronto dei testimonii e che hanno continuato a mantenersi in buone condizioni fino all'ultimo periodo della loro malattia.

Le cavie presentavano all'autopsia in metà dei casi lesioni localizzate ai gangli linfatici ed alla milza ed i conigli delle infiltrazioni polmonari meno confluenti che non fossero nei controlli. Negli altri organi, che del resto erano raramente attaccati, i conigli presentavano qualche volta lesioni in via di sclerosi.

È stato solo dopo tali risultati che l'Antigene è stato esperimentato sulle varie forme cliniche della tubercolosi umana.

Le prime prove si sono effettuate su malati di tubercolosi polmonare presso il Sanatorio di Bligny per opera del Guinard; in seguito si è usato l'Antigene nella tubercolosi infantile dal Delille, da Lortat-Iacob e Bethoux, Halbron e Georges nelle forme cutanee, da Corcoux, Bernard, Baron e Valtis nella tubercolosi ganglionare.

In mano a questi osservatori i risultati sembrano siano stati incoraggianti.

A prescindere dalle esperienze terapeutiche eseguite sulle forme di tubercolosi chirurgica ed esterna, il Guinard che ha usato, come si è detto, l'Antigene nelle forme polmonari della malattia, che sono certo le più ribelli ad ogni tentativo terapeutico, ha trovato che specialmente adatte a tal genere di terapia sono le forme iniziali, e quelle torpide a lento progredire, le forme fibrocaseose comuni a tendenza evolutiva in via di estensione e per le quali non sia possibile l'intervento pneumotoracico.

Sembra invece che l'uso dell'Antigene metilico sia controindicato nelle forme fortemente evolutive a grandi sbalzi di temperatura, od a temperatura instabile e nelle forme ulcerocaseose estensive.

Si deve anche usare una certa prudenza nell'adoperarlo nel corso di *poussées* febbrili e nei malati che hanno tendenza a fatti congestivi.

Sempre secondo gli AA. summenzionati, sembrerebbe anzitutto che l'Antigene metilico esercitasse un'azione sullo stato generale dell'infermo.

Dopo qualche iniezione il peso corporeo aumenterebbe, l'appetito ritornerebbe, migliorerebbe il colorito e lo stato delle forze.

Inoltre si noterebbe un'azione regolatrice sulla temperatura.

Il morbo rallenterebbe la sua progressione, i focolai polmonari tenderebbero ad *asciugarsi*, le lesioni si stabilizzerebbero, e si organizzerebbero intorno ad esse delle reazioni sclerosanti e cicatriziali.

Anche la tosse e l'espettorato sarebbero felicemente influenzati e, secondo alcuni, dopo un trattamento alquanto prolungato si avrebbe talora la scomparsa dei bacilli dall'escreato.

Osservazioni queste, data l'autorità degli AA. che le hanno fatte, che mi è sembrato meritassero che il preparato venisse provato e studiato su più larga scala di quello che si sia fatto fino ad ora.

Ho pertanto voluto trattare con l'Antigene metilico messo gentilmente a mia disposizione dai professori Nègre e Bouquet, alcuni ammalati in cura sanatoriale in questo Istituto.

Espongo in brevi linee le storie cliniche dei primi sei casi finora studiati, mentre un altro gruppo è ancora in corso d'osservazione.

CASO I. — A. Vittorio, anni 25, sacerdote.

Nonno morto di tbc. Un fratello morto di tbc. polmonare.

Morbillo. Influenza nell'ottobre 1927, che si ripetè nell'aprile 1928.

Da allora astenia, tosse con espettorato mucopurulento, febbre serotina.

Entra il giorno 3-IV-1929. L'esame obbiettivo polmonare fa rilevare:

A D. ipofonesi in corrispondenza della regione apicale, respiro fievole su tutto l'ambito senza rumori aggiunti.

A S. f. v. t. normale, ipofonesi su tutto il lobo sup.: ivi respiro fievole accompagnato da rantolini sotto consonanti. Peso Kg. 48,600. Espettorato negativo per il bacillo di Koch.

Diagnosi di entrata: Tubercolosi fibrosa densa.

Si inizia la cura dell'Antigene metilico diluito il g. 6-IV-1929 con 1/4 cc.; il g. 3-VI-1929 si prosegue con Antigene metilico puro.

L'esame polmonare del giorno 18-VIII-1929 fa rilevare: a sinistra, respiro molto fievole su tutto il lobo sup. con qualche crepitìo sotto tosse in corrispondenza della fossa sottoclaveare; a destra, respiro fievole su tutto l'ambito senza rumori aggiunti.

Peso Kg. 49,200. Espettorato negativo per il bacillo di Koch.

CASO II. — B. Silvio, anni 7, scolaro.

A 15 mesi polmonite doppia.

Nel marzo 1928 febbre, tosse e deperimento.

Entra il giorno 5-IX-1928.

Diagnosi di entrata: Adenopatia perilare con infiltrazione perifocale bilaterale.

L'esame obbiettivo dell'apparato polmonare fa rilevare; a destra, ipofonesi sulle fosse clavicolari, e sopra e sottospinose e nello spazio interscapolo vertebrale.

Il respiro è fievole sulle regioni sopradette con espirazione soffiante e con qualche raro rumore bronchiale umido. A sinistra, id. reperto.

Peso Kg. 15,250. Espettorato negativo. Cutireazione positiva.

Il 19-III-1929 si inizia la cura dell'Antigene metilico diluito.

L'esame obbiettivo polmonare del giorno 21-V-1929 fa rilevare: a D. suono ridotto su tutto il lobo sup.; respiro aspro sulla paravertebrale; non rumori avventizi; a S. lieve ipofonesi sulle fosse sopra e sottospinose: ivi respiro fievole senza rumori aggiunti.

Peso Kg. 18.

CASO III. — M. Fernanda, anni 17, casalinga.
Padre affetto da tubercolosi polmonare.
Morbillo a 6 anni.
Nel maggio 1928 improvvisamente ebbe emottisi in occasione di una ricorrenza mestruale. L'emorragia non fu accompagnata da elevazione febbrile; la malata nega qualsiasi disturbo generale e locale sofferto in quell'epoca, solo nella stagione calda accusava astenia.
Entra il giorno 16-X-1928.
Diagnosi: infiltrazione nodulo-fibrosa dell'apice destro.
L'esame obbiettivo dell'apparato respiratorio fa rilevare:
A destra, f. v. t. rinforzato all'apice, ivi netta riduzione di suono sia anteriormente che posteriormente, dove si ascolta respiro fievole accompagnato da scarsi rantoli a medie e piccole bolle sensibili sotto tosse. Sul rimanente respiro fievole. Base polmonare scarsamente mobile.
A sinistra: ipofonesi sulla regione apicale e sulla regione basale; il respiro è fievole su tutto l'ambito polmonare.
Peso Kg. 52,600.
Espettorato: positivo per il bacillo di Koch.
Il 15-I-1929 si inizia la cura dell'Antigene metilico diluito, con 1/4 cc. e si raggiunge 1 cc. Terminata questa prima serie viene iniziata la seconda serie di iniezioni con Antigene puro che si continua poi regolarmente ogni quattro giorni.
L'esame obbiettivo del 1°-V-1929 fa rilevare: Condizioni generali migliorate, non tosse, nè catarro. All'esame del polmone destro respiro fievole su tutto l'ambito, solo nella zona d'allarme e sulla fossa cl. sotto tosse è dato ascoltare ancora qualche crepitio.
Peso Kg. 65,800.
Espettorato: negativo per il bacillo di Koch, anche dopo omogeneizzazione.

CASO IV. — M. Gino, anni 24, commesso.
Nel gentilizio: 2 fratelli affetti da tubercolosi polmonare.
Nel 1920, bronchite.
Nel 1925 fu riformato per catarro bronchiale.
Nel maggio 1928 incominciò la presente malattia con febbre serotina, inappetenza, astenia, tosse con discreta espettorazione muco-purulenta, qualche volta sudori notturni, dolori alle spalle, qualche sputo emottoico.
Entra in Sanatorio il giorno 28-II-1929.
Diagnosi: Infiltrazione fibro-caseosa prevalente del lobo polmonare sup. sinistro.
L'esame obbiettivo dell'apparato polmonare fa rilevare: a destra: f. v. t. rinforzato, ipofonesi timpanica sulle fosse sopra e sottospinose e sopra e sottoclavic.; quivi il respiro è scarso, ma senza rumori aggiunti. A sinistra: f. v. t. rinforzato, apice ristretto, ipofonesi timpanica sulle fosse sopra e sottoclavic. e sopra e sottospinose: sulla fossa sopraspinosa il respiro è scarso, soffiante con numerosi rantoli crepitanti a piccole e medie bolle.
Peso Kg. 47,700.
Esame dell'espettorato: positivo per il bacillo di Koch, S. G., II.
S'inizia la cura dell'Antigene metilico diluito il giorno 11-VI-29 con 1/4 di cc.
Il giorno 17-VIII-1929 si prosegue con l'Antigene puro partendo da 1/4 di cc. e si arriva ad 1 cc. che si continua poi regolarmente.
L'osservazione obbiettiva del giorno 6-XI-1929, dopo cioè 5 mesi di cura, fa rilevare:
Stato generale discreto. Peso Kg. 49: un po' di tosse al mattino, espettorato scarso; l'esame dell'apparato respiratorio fa notare: a destra: respiro fievole aspro sulle fosse sopra e sottospinose e sopra e sotto clavic. senza rumori aggiunti. A sinistra: respiro scarso sull'intero lobo superiore, anche qui senza rumori avventizi.
L'esame dell'espettorato fa rilevare solo in qualche campo scarsi bacilli di Koch.

CASO V. — F. Camillo, anni 20, falegname.
Nulla nel gentilizio.
A 7 anni morbillo. Influenza a 9 anni.
Nei primi del 1926 notò deperimento, tosse con scarso espettorato mucoso, febbre serotina, sudori notturni; nel febbraio ebbe una discreta emoftoe; fu ricoverato al Policlinico dove fu sottoposto a cura sanocrisinica. Stette bene fino al gennaio u. s. epoca in cui comparvero i sintomi già citati.
Entra il giorno 11-VII-1927 in questo Istituto per uscirvi notevolmente migliorato dopo 9 mesi di cura; però dopo un anno circa rientra perchè ha di nuovo tosse con espettorato al mattino.
Diagnosi di entrata: fibro-caseosi di entrambi i lobi polmonari superiori con fatti ulcerativi a sinistra.
Esame obbiettivo dell'apparato polmonare: a sinistra: f. v. t. rinforzato, apice ristretto, ipofonesi sulle fosse sopra e sottospinose e clavic. dove il respiro è soffiante con rantoli a piccole e medie bolle sottoconsonanti. Nulla sul rimanente. A destra: f. v. t. rinforzato, apice ristretto, ipofonesi sulle fosse sopraspinose e clavic.: in corrispondenza della prima notasi respiro scarso, aspro sulla seconda con rantolini crepitanti sottotosse.
Peso Kg. 65,700.
Espettorato positivo per il bacillo di Koch, S. G. VI.
Si inizia la cura dell'Antigene metilico diluito con 1/4 cc.; il giorno 6-V-1929 si raggiunge 1 cc. di A. diluito; il giorno 11-VI-1929 si inizia la cura dell'Antigene puro che si prosegue regolarmente.
L'esame polmonare del giorno 18-VIII-1929 fa rilevare:
A destra: respiro fievole sul lobo sup. con qualche crepitio sotto tosse sulla fossa sopraspinosa.
A sinistra: respiro fievole sul lobo sup. con qualche rantolino crepitante sotto tosse sulle fosse sopra e sottospinose e sopra e sottoclavicolari.
Peso Kg. 70,800.
Espettorato positivo per il bacillo di Koch, S. G., IV.

CASO VI. — B. Filippo, anni 20, commesso.
Madre morta di tubercolosi polmonare.
Nel 1918 influenza.
Nel dicembre 1927 ebbe una forma bronchiale con febbre, tosse ed escreati che migliorò dopo alcuni giorni, ma lasciò debolezza e malessere. Nell'aprile 1928 acutamente si sviluppò tosse con escreati abbondanti, febbre modica, capogiro, vomito.
Fu al Policlinico per 50 giorni: da allora fino ad oggi febbre serotina, tosse con espettorato purulento.
Entra il giorno 17-VII-1928 con diagnosi di infiltrazione fibro-caseosa prevalente al lobo polmonare superiore destro.
L'esame obbiettivo dell'apparato polmonare fa rilevare: a destra: f. v. t. conservato, subottusità

Fegato aumentato di volume. Tutti i visceri putrefatti.

La diagnosi di Morva emerge dai caratteri morfologici del bacillo isolato, dalla prova biologica praticata sulla cavia.

Per molto tempo essendoci mancati i dati batteriologici positivi, la diagnosi si presentò di una difficoltà estrema.

L'inizio acuto febbrile con cefalea, epistassi e tumore di milza ci indirizzò inevitabilmente verso un'infezione del gruppo del tifo; in seguito, dopo circa 22 giorni di degenza in ospedale, ossia dopo più di 40 giorni di malattia, si svilupparono gli ascessi per cui la diagnosi differenziale volse verso un'infezione da piogeni, ma anche questa ipotesi doveva cadere a causa del mancato rinvenimento di germi nel pus estratto dagli ascessi, per le culture più volte negative, per l'assenza di leucocitosi nel sangue.

Le reazioni di Wassermann negative nel sangue e nel liquor ci fecero escludere la sifilide gommosa, così pure mancavano i segni di ascessi tubercolari.

Nel nostro infermo la formazione degli ascessi avveniva sotto forma di masse dure, dolenti con la pressione che a poco a poco si rammollivano con scarsa reazione flogistica dei tessuti circostanti e aspetto violaceo della cute.

Fra questi ascessi quello del braccio destro e del dorso del piede destro furono incisi e cicatrizzarono completamente, quello della sura sinistra regredì dopo la puntura; in nessuno si ebbe l'ulcerazione spontanea crateriforme come è descritta sui trattati.

Il reperto batteriologico più volte negativo trova una spiegazione nell'osservazione già fatta da Hallopeau, secondo il quale il pus diviene rapidamente sterile negli ascessi a decorso acuto mentre gli ascessi cronici che si fistolizzano racchiudono a lungo il bacillo morvoso.

L'emissione di pus e di sangue dall'ano fa pensare ad una localizzazione intestinale.

La malattia ha avuto complessivamente la durata di 5 mesi.

Le condizioni generali dell'infermo sia per lo stato di nutrizione che per la sanguificazione si mantennero discrete fino all'ultimo mese; l'aggravamento avvenne rapidamente nelle ultime settimane.

La terapia messa in opera fu la seguente: cura generale, apertura degli ascessi, terapia salvarsanica per via endovenosa con lieve miglioramento dello stato generale; iniezioni endovenose di tripaflavina senza vantaggio.

Al momento attuale la mancanza di una terapia specifica ci trova disarmati di fronte ad una malattia così grave e mortale.

Unico rimedio è la profilassi veterinaria precoce.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso di morva cronica in uno stallino insorta come malattia febbrile acuta con sviluppo tardivo di ascessi multipli muscolari sottocutanei-intestinali con reperto batteriologico tardivo e prova biologica positivi per la morva.

BIBLIOGRAFIA.

ELLIOTSON. Med. Chir. Transact., 1830-1833.

RAYER. *De la morve et du farcin chez l'homme.* Mémoires de l'Acad. de Méd., 1837, t. VI, p. 625.

VIGLE. *Morve aigüe chez l'homme.* Th. de Paris, 1839.

TARDIEU. *De la morve et du farcin cronique chez l'homme et chez les solipèdes.* Th. de Paris, 1843.

MONNERET. Journal de Méd., 1843, et Arch. Gén. de Méd., 1847.

SAINT CYR. Journal de Méd. Vétér. de Lyon, 1862-1863.

BOUCHARD, CAPITAN et CHARRIN. Boll. de l'Ac. de Méd., 1882.

LÖFFLER et SCHULTZ. Deutsche Med. Woch., 1882.

BABES. Arch. de Méd. Expér., 1891.

ROSENTHAL e BAUMGARTEN. Centralbl. für Bakt., 1888.

BAUMGARTEN. *Lehrbuch der Pathologischen Mykologie.*

BONOME e VIVALDI. Deutsch. Med. Woch., 1892.

BABES. Arch. de Méd. exp., 1894.

TEDESCHI. Ziegler's Beitrage zur path. Anat., XIII.

HALLOPEAU. Bull. de l'Ac. de Méd., 1896.

GUTOWSKI. Arch. Gén. de Méd., 1903.

REMY. *Morve chronique de l'homme.* Arch. de Méd. exp., 1897.

LUSSANA e ROMANO. *Sulla morva.* Arch. Ital. di Cl. Med., 1889.

MIGLIORANZA. *Contributo allo studio della morva nell'uomo e negli animali.* Padova, Tipografia del Seminario, 1894.

MENETRIER. *Morva.* Coll. BROUARDEL e GILBERT.

DISCUSSIONI E COMMENTI.

Come rispondo alla proposta del Dr. Silvano Mossè, dell'appendicectomia profilattica in età giovane (8 anni); statistica personale; coscienza appendicitica. (*)

Prof. dott. PIETRO BASTIANELLI

Direttore sanitario - Chirurgo primario

Ospedale *Alberti* - S. Giovanni Vald. (Arezzo).

Quando il dott. Silvano Mossè di Parigi fece conoscere la sua proposta dell'appendicectomia profilattica in età giovanissima (8 anni) per impedire i misfatti dell'appendicite, com'egli chiama le complicanze gravissime e mortali di questa, ed aprì la discussione sulla *Medicina Internazionale*, a cominciare dal prof. Faure, suo maestro, fino ad una schiera di valorosi clinici e chirurgi italiani (prof. Taddei, prof. Marogna, prof. Alhaique di Napoli) e di medici distintissimi, espressero la loro disapprovazione.

(*) Comunicazione fatta al XXXVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia (Genova) 23-26 ottobre 1929).

Infatti, repugnava a costoro un'operazione preventiva di una certa gravità come la laparatomia in soggetti molto giovani (8 anni) coll'indicazione di sopprimere un organo sano, che può eventualmente ammalarsi. Osservavano ancora e con ragione che, per quanto eseguita da mano maestra, un'appendicectomia porta con sè dei pericoli (possibilità d'infezione, accidenti di anestesia, complicanze polmonari, ecc.) e che quindi una morte sola in tali operazioni peserebbe troppo sulla coscienza del chirurgo o principe, o re, o imperatore che fosse dell'arte sua. Non bisogna però disconoscere la lealtà del chirurgo francese in una proposta sia pure troppo brutale e irrazionale ma che esprime la convinzione da parte del dott. Mossè che l'unica arma per combattere le complicanze gravi dell'appendicite è la chirurgica: e dobbiamo quindi soltanto dissentire da lui per il tempo dell'uso di questa arma.

Io poi chiederei altrettanta lealtà di animo a tutti i medici e i chirurghi per conoscere i risultati completi e più corrispondenti a verità, cioè il numero delle morti, dei raffreddati... eternamente, *ma, calcolando ancora ad uso statistico il numero dei casi dimessi dagli ospedali e dalle case di cura in condizioni preagoniche* e sarei certo di possedere così un argomento di grande valore e non battibile a vincere *la comoda e spietata attesa del raffreddamento* come chiama la pratica del raffreddamento un grandissimo nostro chirurgo, il prof. Giordano di Venezia.

Ora, leggendo appunto sulla « Medicina Internazionale » la proposta del chiaro chirurgo francese dott. Mossè, che disgraziatamente prese le mosse da un concetto sbagliato, e ammirandone ancora la esposizione viva, brillante, da convinto delle sue idee e da polemista spregiudicato che ingaggia la sua battaglia su ragionamenti scientifici e sopra osservazioni pratiche, mi sono domandato, se io che da 29 anni vado contro alla imperante opinione del raffreddamento applicando il concetto d'intervenire a caldo a qualunque stadio si trovi l'appendicite acuta vera, non avrei potuto portare un contributo di resultati di pratica operativa che dimostrasse, statistica alla mano, come io abbia potuto indirettamente raggiungere la profilassi delle appendiciti gravi complicate, chiamate dal dott. Mossè con frase viva e paurosa i *Misfatti dell'appendicite?*

In questi 29 anni dovetti manovrare tra due obbiettivi generali:

1) l'appendicite *vera* dev'essere operata subito appena si fa conoscere ed intervenire a qualunque stadio e anche nei casi gravissimi;

2) sviluppare la fiducia nell'intervento giacchè nessun altro rimedio curativo esiste in un processo tossi-infezioso come l'appendicite (Dieulafoy) al difuori dell'operativo.

I colleghi medici, che nella zona d'azione del mio ospedale di provincia mi circondavano, dapprima rimasero perplessi; ma i risultati li trasformarono a poco per volta in ardenti apostoli dell'intervento ed è per riconoscenza che io nomino i miei valorosi collaboratori nella lotta ingaggiata e cioè il fu dott. Leopoldo Allegri di Terranova, clinico nato, medico dotto ed acuto, il dott. Bruni, il dott. Morais, il dott. Paradisi, il dott. Marchi, il dott. Favilli, senior ed junior, il dott. Taddei di Pergine, il dott. Perego, il dott. Castelli, il dott. Maltagliati, già mio assistente, il dott. Turi, il dott. Pioli, ecc.

È fatto sorprendente, ma logico; a poco per volta il concetto dell'intervento senza raffreddare fu accettato anche dal pubblico ed io ho la soddisfazione di affermare di aver costituito una *coscienza appendicitica* nella ragione. Questa fiducia illimitata nell'intervento, o meglio nella necessità dell'intervento, ha portato di conseguenza che gli affetti da forme croniche di appendicite si facciano operare senza attendere l'acutizzazione e quelli colpiti da forme acute e così anche dalle gravissime d'emblée chiedano e vogliano l'operazione: si sa anche dal pubblico che ogni appendicite acuta nell'ospedale da me diretto viene subito operata d'urgenza così come un'ernia strozzata.

E così pure se si presentano casi acuti in via di raffreddamento oltre il 2° giorno e cioè oltre le 48 ore, a qualunque stadio, subito sono operati e spesso mi si presentano casi provenienti da zone lontane in cui mentre il medico raffreddatore, in ottava, nona, decima giornata credeva nella vittoria, ecco sopravvenire riacutizzazioni peritonitiche minaccianti la vita, specie le calme traditrici (les accalmies traîtresess di Dieulafoy). E i resultati sono il 2,10 % di mortalità negli ultimi 8 anni, dal 2,40 % dei primi 21 anni.

L'appendicite così non viene riguardata nè dai medici, nè dal pubblico come malattia che può essere curata medicalmente, nè si riesce più a far credere che i casi che muoiono col raffreddamento non sarebbero guariti neppure coll'operazione e che i casi gravissimi di peritonite diffusa, se guariti coll'operazione, sarebbero guariti lo stesso se non operati.

La sfiducia verso i vantaggi dell'operazione nelle forme acute è tolta: si è formata come già ho detto *una coscienza pubblica appendicitica.* E questa si affina di più, diviene più completa quando il pubblico comprende la necessità dell'estirpazione nelle forme croniche

appendicitiche vere, specie oggi che, per opporsi all'esagerazione delle ectomie appendicolari in casi non di vere appendiciti croniche, v'è tendenza a battezzarle coll'espressione di entorocoliti catarrali, quasi che le forme croniche anatomo-patologicamente tali dell'appendicite non esistessero e colla disposizione a farsi acute sotto lo stimolo di cause reumatiche, alimentari, traumatiche, stipsi-ostinate, tonsilliti acute, infezioni influenzali, ecc.

Sebbene mi sembri un po' esagerata l'asserzione di Letulle che le appendiciti croniche *costituiscano il letto* delle acute, pure in moltissimi casi è così veramente. Queste forme croniche esistono in numero grandissimo e basta averne operate molte per rendersi conto delle loro alterazioni macroscopiche e microscopiche e dei disturbi che determinano. E mi permetto dir questo giacchè ho sentito anche dire che le forme croniche sono spesse volte il prodotto della fantasia del chirurgo, che asporta ancora appendici sane. Certo alla fenomenologia delle appendiciti a decorso cronico corrispondono appendici o abnormemente lunghe, o con tensione intrappendicolare, in stato iperemico o con torsione su se stesse o a spirale, o ripiegate a svolta pericolosa, come io chiamo le appendici piegate come il segno sui cartelli del Touring e angolizzate in tutte i gradi con 2 o 3 angolature con aderenze sierose o sottosierose, che dall'avvolgimento completo, offrono soltanto libero l'estremo apicale, alcune lunghe con disposizione a bandoliera sul cieco (un mio caso anzi era stato diagnosticato enterocolite e curato per più di 10 anni come tale ed è guarito coll'ectomia dell'appendice), alcune appendiciti cron. infine abbinate con membrane del Jackson ad evoluzione più o meno recente, e ad angolatura del Lane (Lane's Knie) che devono essere trattate coll'ectomia, la resezione e le plastiche secondo i concetti riparatori plastici (Taddei, Nassetti). Vi sono poi appendici (rarissime) in apparenza sane ma che microscopicamente sono alterate (piccole zone necrotiche, follicoliti, ecc.). Ho notato ancora (7 casi) di appendiciti croniche in cui l'appendice s'inseriva sul cieco con inserzione ciecale allargata imbutiforme e nelle quali il contenuto diveniva facilmente endo-appendicolare.

I pazienti soffrivano di piccole coliche rapidamente transeunti e che io spiego colla distensione improvvisa dell'appendice cronicamente infiammata senza possibilità di esaltamento dei germi (teoria del vaso chiuso Dieulafoy). Ed ora presento la mia statistica personale e ne traggo le deduzioni:

Statistica personale nei primi 21 anni dal 1901 al 1922:

Appendiciti croniche, appendicectomia n. 69, mortalità 0.

Appendiciti a caldo, appendicectomia n. 248, mortalità 2,40 %.

Negli ultimi 7 anni dal '22 al '29 (agosto).

Appendiciti croniche n. 193, mortalità 2 (*) 1 % circa.

Appendiciti a caldo n. 259, mortalità 5: 1,95 %.

Statistica totale: 769 casi.

Appendiciti croniche operate n. 262, mortalità 2 - 0,70 %

Appendiciti a caldo operate n. 507, mortalità 11 - 2,10 %.

Appendiciti a caldo perforate con peritoniti circoscritte e diffuse:

(dal 901 al 922): Appendiciti a caldo perforate con peritoniti circoscritte 58; Appendiciti a caldo perforate con peritoniti diffuse 28; n. 86.

(dal 922 al 929, agosto): Appendiciti a caldo perforate con peritoniti circoscritte 35; Appendiciti a caldo perforate con peritoniti diffuse 8; n. 43.

E quindi sopra 129 appendiciti perforate con peritoniti circoscritte e diffuse delle quali 36 diffuse, n. 11 morti: resultati veramente brillanti giacchè trattandosi di casi quasi sempre mortali, almeno per le peritoniti diffuse dànno qualche cosa meno di 1 morto su 10 casi.

Cosa possiamo dedurre da questa statistica personale di 769 casi operati tra appendiciti croniche n. 262 e acute n. 507?...

Prima di tutto, che non a caso ho voluto separare i resultati dei primi 21 anni da quelli degli ultimi 7 anni. La coscienza appendicitica che si è formata nella regione si dimostra nei suoi benefici effetti. Intanto nelle forme croniche da 103 casi dei primi 21 anni si arriva ai 262 degli ultimi 7 anni. Aumento enorme se si contrappone la differenza al numero degli anni in cui sono aggruppati.

L'aumento degli interventi nelle forme croniche o di quelle appendiciti che non dànno che sofferenze sopportabili perchè attenuate con diete speciali, ecc., attesta che i medici e il pubblico hanno compreso che a più o meno breve scadenza un'appendicite cronica può farsi acuta e che d'altra parte togliersi le sofferenze e le limitazioni alimentari, e il pericolo incombente meriti il conto d'un intervento. Di più come *in toto* le forme acute operate sono qualcosa più della metà (metà più 10) delle croniche.

Negli ultimi 7 anni, le forme acute sono state in maggior numero (259 in 7 anni dinan-

(*) 1) soggetto affetto da tumore cerebrale (necroscopia) che non aveva presentato fin allora sintomi: rachianestesia, 4ª giornata fenomeni di compressioni celebrale; morte;

2) caso di polmonite in 5ª giornata.

zi a 248 in 21 anni) e questo si spiega per tre ragioni:

1) che ben pochi affetti di appendicite acuta rifiutarono l'atto operativo ed anzi volontariamente lasciarono le loro case;

2) che i medici tutti con convinzione completa inviarono gli attaccati da appendicite a farsi operare nel periodo acuto;

3) che in verità nel 27 e nel 28 vi fu un'epidemia di appendiciti acute nella regione, specie nel periodo influenzale.

A consolidare la coscienza appendicita nel pubblico e nei medici vi furono i resultati ottimi come dimostra tra le altre la mia statistica. Dal 2,40 di mortalità per 100 nei primi 21 anni sono arrivati all'1,93 %, negli ultimi 7 anni con una mortalità del 2,10 per cento nella statistica globale dei 29 anni (507 casi, morti 11 - 2,10 % e su 262 casi appendiciti cronici con 0,70 %).

Ora, una malattia a forma acuta tossi-infeziosa addominale come è l'appendicite acuta perforata o no con peritonite o circoscritta o diffusa e che dà sopra 507 casi la mortalità di 11 e cioè 2,10 %, e sopra le 129 appendici perforate con peritoniti circoscritte e diffuse (e di queste 36 casi), dà 11 morti, qualche cosa meno di 1 su 10 di mortalità nelle forme diffuse, a me pare che si debba riconoscere che il suo vero trattamento è l'operazione colle modalità suddette e che non richiede davvero il draconiano e brutale profilattico trattamento chirurgico proposto dal dott. Mossè.

Ma oltre avere nella mia statistica un buon argomento contro questo mi par di essere anche autorizzato per quello che almeno risulta da questa e da quelle molto più importanti di altri (Temoin 2886, con 2,60 % di mortalità, Solieri circa 2000 acute), di De Fabi, di Sprengel, Riedel, Krause, che sia venuto il tempo di lasciare il raffreddamento illogico e — per me — non chirurgico.

Rimanere attaccati al punto morto del raffreddamento vuol dire seguire idee oltrepassate e dimostra di volere aderire con tenacia di resistenza degna di migliore causa ad una vecchia concezione di trattamento e che risente di tecnica arretrata e di deficiente comprensione di fatti patologici in relazione all'appendicite acuta. A questa concezione vecchia si deve ribellare l'educazione medica chirurgica odierna. Purtroppo in pratica vediamo che, non soltanto i medici che solo nei loro mezzi terapeutici hanno fiducia rimangono fedelissimamente attaccati a questa idea erronea, ma anche chirurghi che aspettano le aderenze fino alla formazione dell'ascesso e se l'aprono lasciano l'appendice necrotica in brandelli (si pensi alle complicanze dei monconi necrotizzati appendicitici (Razzaboni) lasciati nell'addome.

I resultati poi ottenuti dai chirurghi col raffreddamento delle appendiciti acute perforate con formazione di ascesso non hanno un grande valore. Infatti, un'appendicite con esito di ascesso è un caso che si è guarito da sè colle sole forze della natura e i chirurghi che attendono questa condizione per operare e dai resultati ne traggono un argomento di bontà del metodo e della sua razionalità dovrebbero farci sapere il numero di tutti quelli che trattati, per raggiungere la formazione del pus, sono morti. Infatti, i medici che conoscono l'abitudine di certi chirurgi raffreddatori mandano loro i casi che raggiunsero la formazione del pus e i morti inviati naturalmente altrove non sono contati nelle statistiche dei suddetti chirurgi e così appaiono brillanti e la comoda e spietata attesa del raffreddamento continua ad avere sostenitori convinti. Ma è chiaro che coloro che raffreddano le appendiciti acute, perforate o no, costringono il paziente a correre l'alea di pericoli cui il focolaio tossi-infezioso li espone e nei casi con resultati favorevoli non si fa nella maggioranza dei casi che rimandare ad altra scadenza l'atto operativo giacchè sappiamo che in più dei due terzi dei casi al primo attacco acuto tien dietro il secondo o il terzo perforatorio quasi sempre. D'altra parte, è altrettanto indiscutibile che il raffreddatore di appendiciti acute che si vanno perforando con evoluzione lenta e sono le appendiciti serpiginose clinicamente a decorso subdolo, improvvisamente, dopo un periodo di calma ingannatrice, compiono il tradimento di un'acuzie peritonitica e di localizzazione tossi-infeziosa a distanza trasportata per le vene e i linfatici; un tale raffreddatore espone a gravissimi pericoli gli appendicitici — acuti — pazienti. Lo stesso raffreddatore li espone quasi con certezza alla morte se si tratta di pazienti con forma di peritonite diffusa.

Malgrado questi argomenti di assoluto valore, ritengono questi chirurghi più razionale e prudente affidare l'appendicitico-paziente-acuto all'accorrere del grande epiploon (che io chiamo carpentiere dell'addome perchè egli si affretta a chiudere le falle di organi cavi) e che mi sembra espressione più adatta di quella di policeman o sergent de ville, al fagocitismo, all'azione battericida del siero, all'immobilità delle anse dell'intestino per favorire aderenze e costituire il blocco appendico-cieco-epiploico-entero-peritoneo-parietale ricoperto da membrane fibrino-purulente. E se il grande epiploon non potesse accorrere per brevità congenita (e la riscontriamo spesso) e se il soggetto non avesse potere di resistenza da estrinsecarsi

con i soliti meccanismi biologici e se infine non si formassero aderenze (vi sono è vero peritoniti che guariscono senza aderenze ma non sono le perforatorie), che sperano essi di ottenere mantenendo, e qui è l'errore fondamentale, la fucina elaboratrice di tossine e di germi esaltati nella loro virulenza e che non si trasformano da anaerobi in aerobi perdendo questa come coll'operazione si ottiene, e cioè l'appendice in preda del processo tossi-infezioso? *Ablata causa, tollitur effectus*, e non si comprende come data la possibilità (e la chirurgia messa in atto a tempo la offre) si voglia continuamente far versare in una cavità atta al riassorbimento, tossine e germi pronti a diffondersi nei paraggi del focolaio e per mezzo di linfatici e vene a distanza (fegato appendicolare), (urobilina nelle orine, vomito negro, ascesso pararenale, ecc...). I temporeggiatori, i Fabi del coltello, gli eclettici opportunisti si ritengono capaci colla condotta della attesa armata di sorvegliare il sopraggiungere improvviso di accidenti episodici peritonitici in forme ad andamento subacuto, ma non sempre innanzi a questi peggioramenti acutissimi, veri tradimenti, essi possono vantaggiosamente intervenire. Succede a loro come a quei medici eclettici nell'indicazione e che ritengono di poter diagnosticare e prognosticare sopra i casi che debbono essere operati subito o coll'attesa e intanto raffreddano, paralizzano gli intestini con oppio, e obnubilano e velano profondamente gli allarmi peritonitici con iniezioni di morfina concedendo una calma che può essere preparazione alla morte, perchè in molti casi nasconde il momento utile per l'intervento.

Quindi per me due assiomi devono costituire la condotta terapeutica dell'appendicitico-acuto-paziente: *mai raffreddamento; intervenire ad ogni stadio*. Ecco le basi del trattamento razionale e a parer mio scientifico degli acuto-appendicitici, se si vogliono allontanare le tremende complicanze di questa veramente grave malattia dell'addome.

La prima formula riguarda il trattamento dell'appendicite acuta all'inizio della tossi-infezione appendicolare, malattia di dominio chirurgico e nella quale il medico deve intervenire solo per inviarla al chirurgo. La seconda si può dire salva tutti i casi di appendicite acuta non perforata e salva il maggior numero dei casi ad evoluzione morbosa perforante.

Certo l'intervento dev'essere giudicato possibile e non certo operare nel collasso settico, ciò sarebbe operare inutilmente come pure nella tossi-infezione generalizzata (fegato appendicolare al grado massimo).

Per me l'argomento principale che è pericoloso di togliere le aderenze, di speritonizzare le anse, per la diffusione del pus e del processo peritonitico non ha valore, e così pure le difficoltà di attaccare e distruggere i piastroni aderenziali per raggiungere l'appendice necrotica o no (sopra 129 casi, in un solo caso non la trovai, ma dell'appendice residuavano i brandelli necrotici).

Chiunque simili operazioni eseguì può affermare che le aderenze recenti di pochi o più giorni sono poco tenaci e solide e meno certo di quelle residue di processi appendicitici gravi raffreddati. D'altra parte, un abbondante lavaggio con etere con tamponamento intelligente, adatto, completo con garza iodoformizzata e tubi, con sutura di più di due terzi della ferita laparotomica (per mantenere la pressione), e non un piccolo frammento di garza messo a pescare nella cavità a scopo di sola funzione capillare, come adopra qualche chirurgo, colla posizione del paziente posto a giacere sul fianco destro per sottoporre alle leggi della declività i liquidi settici e per ottenere le aderenze delle anse prementi e circoscriventi la sede del già focolaio isolato e circoscritto col drenaggio (garza e tubi) s'impedisce al massimo possibile il riassorbimento di tossine, e si concorre potentemente ad aiutare i poteri di resistenza dell'organismo ammalato.

Da queste due formule: *mai raffreddare le appendici vere*, formula che spetta al medico, *e sempre intervenire a qualunque stadio*, formula che appartiene al chirurgo, sono costituite le basi della battaglia scientificamente e praticamente da me condotta per allontanare le complicanze tragiche mortali dell'appendicite. Tra queste due formule è compresa quella di operare, se si può tra le 24 e le 48 ore, che offre i resultati più certi.

La mia statistica prova i brillanti resultati della lotta ingaggiata da 29 anni su queste due formule ed essa può avere un valore perchè *mai deviai dalle direttive basilari*: essa può affermare il valore d'una condotta operativa sistematica ed assoluta, seguìta da resultati veramente buoni.

Però con me vi sono altri numerosi chirurgi tra i quali a me piace ricordare: il Temoin di Bruges, il prof. Solieri, il De Fabi, ecc., e sono lieto tenendo dietro alla letteratura constatare che non pochi giovani chirurgi si schierano arditamente senza restrizione pei concetti più sopra da me esposti e *che sono i concetti di un prossimo avvenire*, nel trattamento della appendicite acuta. E così credo avere dimostrato l'inutilità della appendicectomia profilattica chirurgica del dott. Mossè, proposta irrazionale e inattuabile.

QUESTIONI DEL GIORNO.

L'ormone del lobo anteriore dell'ipofisi nella diagnosi della gravidanza.

(A. PERALTA RAMOS e A. ROTH. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, vol. I, n. 1, gennaio 1930).

Numerosi sono i metodi utilizzati in questi ultimi anni per la diagnosi biologica della gravidanza, ma i loro risultati non sono probativi, specialmente in quei casi nei quali la diagnosi differenziale è difficile.

Il processo recentemente proposto da Aschheim e Zondek, basato sulla verificazione dell'ormone del lobo anteriore dell'ipofisi nell'orina della donna incinta, ha fatto raggiungere risultati assai soddisfacenti.

Benchè l'ormone non sia specifico della gravidanza, perchè si trova in tutto l'organismo animale, tuttavia la quantità di esso contenuta nel sangue della donna gravida e la sua eliminazione per l'urina, sono considerevoli. La iniezione di questa orina in giovani topi provoca delle reazioni così caratteristiche da poter servire da vero metodo biologico.

Aschheim e Zondek hanno ottenuto circa il 98 % di diagnosi esatte in caso di gravidanza e il 98,7 % di risultati negativi nelle prove di controllo.

L'ormone iniettato nell'animale produce nello spazio di 100 ore la maturità completa delle ovaie dei giovani ratti; che a sua volta si ripercuote sull'apparecchio genitale e produce le trasformazioni tipiche della fregola.

Tre sono i tipi caratteristici della reazione:

Reazione I: comprende la maturazione dei follicoli e l'ovulazione con l'aumento caratteristico del volume dell'utero e la cheratinizzazione delle cellule degli strati superficiali della mucosa vaginale e l'Allen-test positivo.

Reazione II: comprende la forte congestione e l'emorragia dei follicoli ipertrofici.

Reazione III: è caratterizzata dalla luteinizzazione e dalla formazione di corpi gialli atretici.

La reazione I è insufficiente per la diagnosi poichè la si può riscontrare anche in casi di esagerata crescenza dell'organismo, in tumori, ecc.

Le reazioni II e III hanno un valore assoluto.

La tecnica consigliata da Aschheim e seguìta dagli AA. è la seguente: l'orina destinata all'esperimento viene raccolta in recipiente sterile da cmc. 50 e ad essa si aggiunge una goccia di tricresolo. Se essa è alcalina la si acidifica leggermente.

Si prendono cinque piccoli ratti di circa 3 settimane (peso gr. 25-35) e si pratica in essi l'iniezione sottocutanea delle seguenti dosi di orina:

Ratto n.	1:	cmc.	0.2
»	» 2:	»	0.3
»	» 3:	»	0.4
»	» 4:	»	0.4
»	» 5:	»	0.5

Tali quantità vengono ripetute sei volte in uno spazio di 48 ore, secondo un orario particolare. Il 4° giorno dall'inizio della prova si esamina l'essudato vaginale (Allen-test); il 5° giorno si uccidono i ratti e si esamina macroscopicamente l'apparato genitale con una lente di ingrandimento, poscia lo si estirpa e si fissa in Zenker per l'esame istologico.

Se si riesce a riconoscere macroscopicamente la presenza di punti emorragici sulle ovaie (reazione II) si può dare per sicura la diagnosi di gravidanza. Altrimenti è indispensabile un esame istologico delle ovaie (reazione III).

Gli AA. hanno verificato questa nuova prova biologica in 25 casi che comprendono: 11 casi di gravidanza normale con 11 prove positive; 4 casi di gravidanza complicata da affezioni varie, con 4 prove positive; 1 caso di gravidanza extrauterina con prova positiva; 6 casi di donne sane non gravide o con affezioni ginecologiche, con 6 prove negative.

Si propongono infine di continuare le esperienze su vasta scala onde trarre conclusioni più probative. VICENTINI.

SUNTI E RASSEGNE.

RENI E VIE URINARIE.

Progressi nel campo della diagnosi e della terapia nelle malattie mediche dei reni.

(H. STRAUSS. *Die Medizinische Welt*, 4 gennaio 1930).

I progressi fatti negli ultimi 30 anni in questo campo cominciano negli ultimi anni del secolo passato, quando mutò l'indirizzo degli studi delle questioni riguardanti i reni, in quanto l'attenzione, rivolta dapprima quasi esclusivamente allo studio delle urine, si diresse allora all'esame del sangue, sopratutto ai processi di ritenzione, approfittando dei nuovi metodi di ricerca.

L'avviamento a questo mutamento di indirizzo fu dato specialmente dalle ricerche crioscopiche di v. Koranyi sull'influenza delle malattie dei reni sulla concentrazione molecolare del sangue, alle quali seguirono gli studi di Strauss sul contenuto in azoto residuo del sangue dei malati di reni e sui rapporti fra cloruro di sodio e formazione degli edemi.

È da notare che i nuovi metodi di ricerca non hanno affatto spodestato gli antichi, i quali rimangono sempre indispensabili (così l'esame del cuore e del fondo dell'occhio, la determinazione della pressione del sangue, l'esame chimico-microscopico delle urine).

Non è possibile enumerare qui tutti i metodi di esame proposti, e non è necessario, poichè molto spesso si tratta di varianti dello stesso metodo, o di metodi che non hanno dato risultati importanti per la pratica.

I pochi metodi che da circa venti anni han-

no acquistato diritto di cittadinanza nella pratica clinica sono:

1) la determinazione dell'azoto residuo nel siero del sangue;

2) la prova dell'ampiezza di accomodazione dei reni per mezzo dell'esame delle urine.

Il primo è stato introdotto da Strauss nella sua monografia apparsa nel 1901, ed è tutt'ora eseguito correntemente in Germania, in Inghilterra e in America. Nei Paesi Latini è più diffusa una variante, proposta successivamente, la determinazione dell'urea nel sangue. I due metodi differiscono nella forma, non nello scopo.

I metodi per la determinazione dell'azoto residuo sono oggi molto semplificati: è sufficente tanto sangue quanto ne occorre per una reazione di Wassermann, e vi sono anche micrometodi che si possono eseguire su poche gocce di sangue. Le cifre normali di azoto residuo nel sangue oscillano fra 20 e 40 mgr. %: cifre alte sono quelle fra 40 e 80 mgr. %, altissime quelle fra 80 e 160 mgr. % e più. Cifre al disopra di 120 mgr. % sono indice di stati uremici; solo eccezionalmente si verificano in altre condizioni. Negli stati uremici delle nefriti acute, valori anche molto alti di azoto residuo non indicano necessariamente una prognosi cattiva; sono invece sintomo grave nelle nefriti croniche. Con ciò non è però detto che l'uremia vera in ogni circostanza si accompagni con valori alti dell'azoto residuo.

2) L'esame dell'ampiezza di accomodazione dei reni per mezzo dell'esame dell'urina è stato fatto già da v. Korányi sotto forma di prova di diluizione, con l'esame crioscopico delle urine, Strauss introdusse la « prova dei tre giorni », con la quale studiava l'eliminazione di mezzo litro d'acqua, nel primo giorno sola, poi con aggiunta separatamente di cloruro di sodio e di albumina. Volhard adottò in seguito la nota « prova della diluizione », alla quale faceva seguire nel giorno successivo la « prova della concentrazione ». Strauss ha modificato la prova, limitando a 1 litro la somministrazione di liquido, e eseguendo le due prove della concentrazione e della diluizione nello stesso giorno, e somministrando la sera prima al malato la seguente « Dieta preparatoria »; 1 panino al burro, 2 uova, 1 gr. di sale, 200 cmc. di tè.

Il giorno successivo: al mattino: 1 litro di tè diluito; alle 11: 100 gr. di pane, 100 gr. di formaggio bianco, 1 gr. di sale; alle 13: una frittata di 3 uova, 1 gr. sale, 1 mela o un arancio; alle 16 di nuovo 100 gr. di pane, formaggio e sale come alle 11. Le urine devono essere raccolte ogni ora nelle 4 ore successive all'ingestione del tè; poi alle 11, alle 13, alle 16 e alle 19; se in quest'ultima urina il peso specifico non ha ancora raggiunto 1024, si somministra al p. lo stesso pasto come alla sera precedente, ma senza tè, e si raccoglie l'urina alle 22 e al mattino successivo. (Prova protratta).

Il risultato della prova si può considerare normale quando nelle prime due ore dopo la somministrazione di 1 litro di tè si ha una diminuzione del peso specifico a circa 1001-1003, la quantità di urina eliminata nelle prime 4 ore è di 800-1000 cmc., e l'urina del pomeriggio e della sera ha un peso specifico di 1025-1030.

Prove di carico. — L'A. ne ricorda solo due, quella con l'urea e quella col sodio.

La prova dell'eliminazione dell'urea secondo Mac Lean si fa somministrando a digiuno 15 gr. di urea sciolta in 200 cmc. di acqua o di caffè, e esaminando l'urina emessa due ore dopo; in condizioni normali, la quantità di urea nelle urine è allora del 2 %: questa prova è raccomandabile anche per scopi urologici, associata al cateterismo degli ureteri. La sera precedente alla prova, l'A. somministra la dieta preparatoria su descritta.

La prova della eliminazione del sodio si fa secondo Rosenberg e Hellfors con la somministrazione a digiuno di 20 gr. di bicarbonato di sodio in 400 gr. di acqua; l'A. si limita a dare 10 gr. di bicarbonato di sodio in 300 cmc. di acqua, ed esamina le urine ogni mezz'ora nelle due ore successive.

Secondo l'A. la prova dell'eliminazione dell'urea ha maggiore importanza pratica.

L'esame del contenuto in indacano del siero di sangue dà normalmente valori di 1/20-1/10 mgr. %.

I risultati dei recenti metodi di indagine funzionale, uniti agli antichi, e ai risultati degli studii anatomo-patologici, hanno portato ad una nuova classificazione delle malattie dei reni. Seguendo Volhard, l'A. distingue 3 gruppi di nefropatie:

a) le nefrosi,

b) le nefriti,

c) le sclerosi renali.

In ogni gruppo si distinguono processi acuti e cronici, e stati funzionali di sufficienza e d'insufficienza.

Segue una breve descrizione dei sintomi clinici dei 3 gruppi.

a) Le *nefrosi*, ossia le affezioni degenerative degli epitelii, sono caratterizzate: da forte contenuto in albumina delle urine, da tendenza all'oliguria renale e all'idrope renale; non vi è nè ipertensione, nè aumento dell'azoto residuo nel sangue, nè tendenza all'uremia.

Le forme croniche delle nefrosi corrispondono all'incirca a quelle che si chiamavano una volta « nefriti croniche parenchimatose ». Costituiscono spesso un fenomeno parziale di un'alterazione generale del ricambio, non di rado anche la conseguenza di un processo tossico, ad es. di una tubercolosi o di una sifilide: la quale ultima, è causa frequente di nefrosi cronica: di circa il 28 % dei casi di Strauss.

b) Le *nefriti*, ossia le affezioni infiammatorie di glomeruli, sono caratterizzate dall'albuminuria, dalla tendenza all'ematuria, dall'ipertonia, e, nello stadio di insufficienza, dall'uremia.

c) Fra le *nefrosclerosi*, (nella diagnosi delle quali l'ipertensione è sintomo capitale), si distinguono due forme fondamentali: la forma vascolare e la forma nefritica, e in ognuna di queste una forma di sufficienza e una d'insufficienza renale, che, in rapporto con l'esito finale, sono chiamate anche rispettivamente forma benigna e forma maligna.

Le nefrosclerosi corrispondono all'incirca a quei casi che andavano prima sotto il nome di « rene grinzo »; nome al quale l'A. preferisce rinunciare, poichè vi sono dei « reni grinzi lisci » (nei quali le alterazioni precapillari e la scomparsa secondaria del parenchima sono distribuite così uniformemente nei reni, che manca l'ineguaglianza della superficie, considerata prima come tipica del rene grinzo).

Lo studio del sintomo *ipertensione* ha portato ad una classificazione più adeguata dei casi nei quali questa si verifica. L'ipertonia è una sindrome poligenetica: vi sono forme nefrogene e anefrogene, forme regredibili e forme definitive. Che vi siano forme nefrogene, lo dimostrano le ipertensioni passeggere che si verificano nelle nefriti acute, e il comportamento della pressione nei casi guaribili di uremia. Che vi siano anche forme anefrogene, lo dimostra l'esperienza sia clinica che anatomo-patologica. La causa ultima dell'ipertonia cosidetta « essenziale », non è ancora conosciuta in tutte le sue parti: ma va con tutta probabilità ricercata in una particolare disposizione del sistema nervoso vegetativo, e dei centri superiori del cervello intermedio che regolano la pressione del sangue: fattori endocrini, tossici e anche semplicemente « nervosi » esercitano verosimilmente particolari influenze su questa regolazione.

Accanto alle forme enumerate, esistono *forme miste*, che sono molto frequenti, e vanno analizzate nei loro particolari con i metodi di ricerca suddetti.

Vi sono inoltre casi di nefropatie molto leggere, che non rientrano facilmente nello schema enunciato. Ciò vale non solamente per la cosidetta « albuminuria ortotica » (nella quale l'A. distingue una forma nefritica ed una non nefritica), ma anche per i casi di « albuminuria duratura oligo- o mono-sintomatica », che persistono a volte decenni come « albuminuria cronica benigna », come processo senza tendenza a guarire, ma innocuo.

Sempre in prima linea sono i problemi che riguardano gli edemi e l'uremia.

L'*idrope nefrotico*, a differenza dell'idrope cardiaco, si accompagna con una ritenzione di cloruro di sodio: questa affermazione, fatta da Strauss 26 anni fa, non è stata mai contraddetta, per quanto i concetti dei vari autori non si accordino in questioni collaterali. Strauss ha considerato la formazione dell'idrope nelle malattie dei reni come un processo complesso, nel quale la ritenzione di cloruro di sodio è solo un anello (per quanto di importanza decisiva) nella catena dei fattori che provocano l'idrope; concezione questa che anche oggi si può mantenere. Si deve ricordare che vi sono casi rari di idrope che non sono nè nefrogeni nè cardiaci. Una parte è spiegata da fattori endocrini (tiroide?), un'altra da fattori vasomotori o fisici che agiscono sulla permeabilità dei capillari.

Nella *uremia vera*, la ritenzione di azoto residuo è un fenomeno importante per lo meno sintomatologicamente ma probabilmente anche per la patogenesi della uremia; si ammette infatti che nella somma dei prodotti ritenuti nell'azoto residuo vi siano anche sostanze importanti per la patogenesi dell'uremia. Strauss, nella sua monografia del 1901 (« Le infiammazioni croniche dei reni nella loro influenza sul sangue, e loro trattamento ») ha stabilito che ritenzione di azoto e uremia vanno parallelamente. Il fatto che si osservano occasionalmente casi di uremia senza aumento dell'azoto residuo nel sangue, non parla, secondo l'A., contro l'importanza patogenetica di questo. È anche esatto che nelle nefriti croniche già prima di un aumento dell'azoto residuo nel sangue, si può verificare un aumento dell'indacanemia.

Ad ogni modo, l'osservazione del malato e i metodi di ricerca suddetti ci hanno permesso di distinguere nettamente l'uremia vera dalla « eclampsia renale », che si manifesta con convulsioni epilettiformi e temporanea perdita della coscienza, e dai fenomeni centrali vascolari che spesso si presentano con quadri simili all'uremia. Inoltre la determinazione dell'azoto residuo ha servito molto a fissare il concetto dell'« uremia silenziosa » o dispeptica, che si verifica non solo fra i malati di chirurgia urinaria (specie fra i prostatici) ma anche nelle malattie interne.

Terapia. Naturalmente, se esiste una causa morbosa che si può aggredire, bisogna cercare di allontanarla. Questo vale non solo per gli agenti tossici, ma anche per le cause infettive, non solo acute, ma anche croniche. Si deve considerare a questo proposito sopratutto la nefrosi sifilitica. L'A. ha adoperato con giovamento, accanto alla cura jodica, il neosalvarsan e i preparati di bismuto usati con prudenza, come anche le frizioni mercuriali; non in tutti i casi è però riuscito a guarire completamente la nefrosi.

La tonsillectomia, propugnata già da Pässler e recentemente da autori americani nelle nefriti acute a lenta guarigione, e nelle subacute, ha dato all'A. buoni risultati in molti, ma certo non nella maggioranza dei casi.

La sottrazione del cloruro di sodio proposta dall'A. come cura dell'idrope nefrotico, ha trovato ampia applicazione in seguito, anche in

altri campi della medicina, in pediatria, in dermatologia, in neurologia, e recentemente, per opera di Gerson, Sauerbruch e Hermannsdorfer, in molte forme di tubercolosi (per i particolari l'A. rimanda alla sua monografia « Avvertimenti pratici per la cura di sottrazione del sale da cucina per mezzo dell'alimentazione povera di cloro ». S. Karger, Berlino).

Per quanto riguarda la cura dell'uremia, i nuovi metodi di ricerca, dànno il modo di distinguere l'uremia vera dalla pseudouremia, e permettono di limitare la somministrazione di albumina già in fasi della malattia nelle quali si hanno i primi sintomi della ritenzione azotata, e di aumentare il grado di questa limitazione quando si presentano sintomi clinici di uremia. In fondo, ci serviamo anche oggi degli antichi metodi dietetici per risparmiare i reni: ma questi possono essere oggi meglio applicati al singolo caso: p. es. oggi non si limita più la razione di albumina nelle nefrosi, perchè in queste l'eliminazione dell'urea è buona.

Molti rimedi sono stati proposti come diuretici, fra i quali il salyrgan, che non trova nessuna controindicazione nelle nefrosi.

I cardiocinetici sono molto utili nella cura dell'uremia, poichè una buona funzione del cuore e di tutto l'apparato circolatorio coadiuva potentemente all'eliminazione delle sostanze ritenute.

La puntura lombare giova molto nella eclampsia renale, insieme col salasso e con i mezzi che provocano il sudore. La decapsulazione dei reni giova, secondo l'esperienza dell'A., solo in determinati casi di nefrite emorragica dolorosa, e in certi casi di uremia subdola congenita con oliguria, nelle nefriti subacute.

F. B.

La patogenesi degli edemi nefritici.

(GOVAERTS. *Presse Méd.*, agosto 1929, n. 65).

Clinicamente dobbiamo distinguere due forme di edemi nefritici: una infiltrazione diffusa che si incontra allo stato di purezza nelle nefriti acute, nelle anurie chirurgiche o tossiche, che è in genere poco visibile perchè è uniformemente diffusa. Esiste poi la forma che si accumula ai punti declivi ed è cioè identica agli edemi cardiaci; questa si ha nelle nefriti idropigene croniche e nelle nefrosi.

Meccanismo degli scambi di liquido tra il sangue e gli spazi lacunari. È necessario premettere qualche nozione su questi fenomeni. Sappiamo che i liquidi interstiziali risiedono negli spazi lacunari (Achard). L'origine del liquido interstiziale è evidentemente complessa. Una parte dell'acqua che esso contiene deriva dal metabolismo cellulare, ed esce per conseguenza dalle cellule, ma questa quantità di acqua derivante dalle combustioni organiche non supera i 300 cmc. giornalieri, mentre le variazioni del liquido interstiziale sono di un ordine ben maggiore. Si sa che importanti scambi di liquido intervengono tra sangue e tessuti interstiziali sotto cause varie. Le perturbazioni di questi scambi sono all'origine degli edemi. Starling aveva notato che il sangue attraversando dei tessuti infiltrati con una soluzione salina riassorbe rapidamente questo liquido e ricercando le cause di questo fenomeno egli riconobbe l'ufficio della pressione osmotica delle proteine. Le proteine sanguigne compiono un ufficio primordiale nella ripartizione dei liquidi all'interno dell'organismo. L'intervento della pressione osmotica delle proteine spiega come l'acqua introdotta nel sangue sia rapidamente eliminata dalla circolazione ed incorporata nei liquidi interstiziali dai quali è poi rapidamente allontanata se il rene funziona bene. Se il sangue si arricchisce in acqua la pressione osmotica delle proteine si abbassa; per conseguenza la filtrazione aumenta a livello dei capillari arteriosi, mentre che il riassorbimento diminuisce nei capillari prevenosi.

Il sangue perde così acqua a profitto degli spazi interstiziali. Cosicchè poco tempo dopo l'introduzione del liquido nella circolazione la concentrazione sanguigna si ritrova immutata, mentre che il liquido in eccesso è passato negli spazi lacunari. Se allora il rene si mette a funzionare attivamente il sangue abbandona dell'acqua alla secrezione urinaria e la sua concentrazione proteinica tende ad accrescersi. Allora a livello dei capillari la filtrazione diminuisce, il riassorbimento si intensifica, e così il liquido interstiziale rientra in circolo e serve ad alimentare la secrezione urinaria.

L'edema generalizzato di tipo renale. Quando una nefrite acuta sopravviene in un individuo fin là ben portante la composizione proteinica del sangue è normale quando si riduce la diuresi, in questo caso, in virtù dei meccanismi fisiologici predetti, l'acqua ritenuta si ripartisce uniformemente negli spazi lacunari; questa infiltrazione non obbedisce alle leggi della gravità, e il gonfiore non appare evidente che dove la pelle è lassa e si lascia distendere. Quindi perchè si abbia una infiltrazione uniforme d'acqua è necessario che la pressione osmotica delle proteine sia pressocchè normale, ciò si ha se la riduzione della diuresi si inizia bruscamente in un soggetto normale. Si comprende come questa forma di edemi si abbia sopratutto nelle nefriti acute e nelle anurie chirurgiche o tossiche.

L'edema localizzato predominante nei punti declivi. Questa forma a tipo di edema cardiaco si ha prevalentemente nelle nefropatie croniche. Studiando la composizione di questo liquido di edema si vede che essa è identica a quella degli edemi da stasi. Gli edemi cronici dei cardiaci, dei nefritici, dei cachettici hanno in comune il carattere di contenere assai poche proteine e ancora meno globuline.

Gli edemi infiammatori, tossici (parafenilendiamina, urano) e l'edema di Quincke presentano invece un elevato tenore in proteine (15-40 gr. per litro). Questa composizione prova che i capillari hanno perso la loro impermeabilità alle proteine nei distretti ove compare l'edema.

L'origine di questa alterazione endoteliale può essere infettiva, tossica o vasomotoria.

Nelle forme di edema nefritico che ho sopra ricordato, la origine non può essere ricercata in alterazioni della permeabilità endoteliale, ma in condizioni meccaniche favorenti la filtrazione e ostacolanti il riassorbimento attraverso endotelli normali o poco alterati. Ciò può derivare sia da una elevazione primitiva della pressione venosa, sia da una diminuzione della pressione somatica delle proteine.

Si ricordi che in alcuni casi, specie nel periodo terminale delle nefriti ipertensive, si hanno edemi per insufficienza cardiaca; ma nelle nefriti idropigene, nelle nefrosi, nella degenerazione amiloide del rene, la pressione venosa è in genere normale o anche debole.

In questi casi se l'edema nefritico ha una origine meccanica non può risultare che dalla diminuita pressione osmotica delle proteine.

Con quale meccanismo si determina questo fatto che è stato controllato essere vero? Si sa che il sangue dei nefritici è ipoalbuminoso, ma oltre a ciò, a concentrazione uguale, le proteine dei nefritici esercitano una pressione osmotica più debole che quella dei soggetti normali. Questo fatto prova che queste proteine sono qualitativamente differenti il che è dimostrato anche dalla analisi chimica.

È stato dimostrato che la sieroalbumina a concentrazione eguale esercita una pressione osmotica quattro volte più forte che le globuline. Ora nel sangue dei nefritici è elettivamente diminuita la quantità della sieroalbumina; è questo fatto che provoca l'edema.

Circa la causa che determina la diminuzione della sieroalbumina l'A. pensa che ciò dipenda dal fatto che essa è continuamente e prevalentemente perduta per le urine. Si può dire con certezza che una albuminuria abbondante e persistente avrà sempre per effetto di impoverire il sangue in sieroalbumina e di abbassare fortemente la pressione osmotica delle proteine. Si comprende così come le grandi albuminurie abbiano una così forte tendenza alle spiccate idropisie.

Le variazioni di intensità degli edemi nefritici. Come è stato esposto più sopra, studiando la formazione degli edemi di qualunque origine si devono tenere in conto due fatti: 1) delle condizioni locali che tendono ad aumentare la quantità dei liquidi interstiziali e che sono date ora da una aumentata permeabilità dei capillari (edema infiammatorio atossico), ora da uno squilibrio tra pressione osmotica delle proteine, e quella idrostatica (edema, cardiaco, cachettico, nefritico). Quando questi fattori sono in giuoco in un distretto determinato dell'organismo, vi si produce sempre una certa quantità di edema indipendente da qualsiasi ritenzione di acqua nell'organismo intiero; 2) l'attività funzionale del rene che regola il tenore dell'acqua nell'organismo. Quando la diuresi è deficiente, l'acqua ritenuta si ripartisce uniformemente nell'organismo se le condizioni che regolano gli scambi tra il sangue e gli spazi lacunari sono normali. Se queste condizioni sono turbate in un dato distretto, l'acqua ritenuta si accumula con predilezione ove esistono cause locali di edema. Secondo l'A. le remissioni durante le nefriti idropigene e le nefrosi hanno per origine una ripresa dell'attività secretoria del rene, il cui punto di partenza non è nè una modificazione dei fattori che ritengono acqua nei tessuti, nè un cambiamento della composizione delle proteine del sangue, ma bensì una stimolazione diretta del parenchima renale. L'A. ha dimostrato questo con una serie di esperimenti interessanti sui cani che non è possibile riportare in breve. Questa stimolazione diretta del parenchima renale sarebbe dovuta a dei veri eccitanti che come l'urea si originano dal metabolismo.

Durante la diuresi così prodotta il sangue non si modifica gran chè, e ciò differenzia le semplici remissioni dalle vere guarigioni. Il p. sbarazzato dei suoi edemi conserva un sangue alterato di cui la pressione osmotica è abbassata, e conserva una tendenza agli edemi dei malleoli nella stazione eretta. Basta che la diuresi diminuisca perchè gli edemi si accumulino alle parti declivi. Finchè queste alterazioni sanguigne persistono non si può parlare di guarigione.

L. Tonelli.

MALATTIE INFETTIVE.

La terapia febbrile nelle malattie infettive.

(P. Mulzer e E. Keining. *Dtsch. Mediz. Woch.*, n. 50, 1929).

Gli AA. rilevano che il problema del dosaggio è il più importante nella questione della « terapia stimolante »; la legge di Arndt e Schultz insegna infatti che stimoli di debole intensità risvegliano la sensibilità vitale, stimoli di intensità media la rafforzano e stimoli di grande intensità la arrestano o la distruggono. Uno stimolo provoca una reazione tutte le volte che supera la « soglia di eccitazione »; ora nei focolai di malattia le cellule sono particolarmente sensibili ed un piccolo stimolo può bastare a provocare la reazione; si spiega così la genesi delle reazioni a focolaio. Esiste appunto un sistema di terapia che si propone di provocare reazioni elettive nei focolai di malattia allo scopo di ottenere la guarigione attraverso una esaltazione dei processi vitali; le dosi che vanno adoperate a questo fine sono

di piccola o media intensità, in quanto esse permettono di colmare quel *deficit* di attività reattiva spontanea che è proprio dei focolai malati.

Le dosi alte, invece, sono dette « dosi di propagazione » perchè portano con sè una diffusione delle manifestazioni morbose; esse non hanno un valore terapeutico, ma possono averne uno diagnostico; sono accompagnate dalla febbre, indice della reazione generale; è quasi superfluo aggiungere che le dosi « di reazione » sono più piccole di quelle « di provocazione ».

L'indicazione ad una terapia « stimolante » è posta tutte le volte che lo stato di reattività spontanea di un processo morboso può essere aumentato; in fondo le malattie adatte a questo tipo di terapia sono quelle ad andamento cronico o subcronico, le affezioni generali acute sono controindicate; la febbre rappresenta un elemento abbastanza sicuro per l'indicazione o meno di ogni singola malattia alla terapia « stimolante ».

La terapia parenterale ha avuto un notevole progresso dagli studii di Bier il quale vide che, non soltanto i prodotti dell'albumina, ma una serie di stimoli diversi, fisici e chimici, erano capaci di provocare nell'organismo gli stessi processi, restando inteso però che stimoli diversi su di una stessa cellula non determinano reazioni identiche, perchè probabilmente alla diversità delle stimolazioni risponde l'eccitazione or di questa, or di quella funzione della cellula.

Anche la questione dell'immunità, la possibilità di ottenere con stimolazione specifica (sieri e vaccini), anche una reazione aspecifica viene a riconnettersi con il problema della « stimolazione »; tuttavia l'antigene specifico conserva rispetto ad ogni altra proteina aspecifica il vantaggio di essere lo stimolo p adeguato e di eccitare maggiormente la formazione di anticorpi e la difesa cellulare.

Il concetto terapeutico opposto, quello della terapia febbrile, basato come si è detto su una reazione generale dell'organismo, ha fatto un gran passo avanti con la cura malarica della paralisi; questa cura rappresenta veramente qualche cosa di nuovo ed è un vero progresso quantunque non disgiunta da svantaggi considerevoli; il meccanismo della sua azione è lungi dall'essere spiegato; pure si parla della formazione di fermenti che distruggerebbero insieme i plasmodii e spirocheti per una loro affinità chimico-biologica, e della maggiore efficacia che gli antiluetici presenterebbero, quando somministrati in periodo febbrile.

Assai brillante è la cura della malaria nella gonorrea, e forse da attribuirsi all'azione di un fattore aspecifico.

Complessivamente la terapia « della febbre » rappresenta a prima vista l'opposto della terapia di « stimolazione » che, abbiamo già visto, agisce solo sui focolai isolati; essa infatti provoca un perturbamento gravissimo di tutto l'organismo, caduta di peso, febbri violentissime, anemia intensa; pure i focolai di malattia non si espandono, ma risentono di questa stimolazione brutale che non conosce regole e scatena reazioni « sopramassimali » con un lento, ma sicuro progressivo miglioramento, suggerendo l'ipotesi che tutto il corpo sia danneggiato a favore e vantaggio dei focolai stessi. In altre parole, si tratta in fondo di una reazione non alta, capace cioè di favorire lo sviluppo dei focolai, ma altissima « massimale », tale infine da soffocare ogni reazione dei focolai.

Gli AA. parlano in questi casi di « reazione panergica » e affermano che essa impedisce lo sviluppo dei focolai di reazione; se accanto a manifestazioni generali si hanno anche sintomi a focolaio, dobbiamo dire che si è trattato soltanto di una reazione « di provocazione » e che lo stimolo usato non è stato abbastanza forte.

Per ottenere questo scopo, per giungere certamente alla fase « panergica » evitando quella « provocatoria » è necessario ricorrere alla terapia « di febbre massimale »; la sua indicazione prescinde dalle condizioni dei focolai, e l'acutezza del processo non rappresenta perciò una controindicazione al suo uso; occorre però che la reazione generale del corpo sia suscettibile di una elevazione.

Per raggiungere l'intensità febbrile desiderabile occorre che le iniezioni pirogene si succedano a brevi intervalli in modo da ottenere la loro azione cumulativa e da ridurre al minimo il periodo della cura stessa. V. SERRA.

Setticemia meningococcica subacuta.

(C. L. STOTE. *Lancet*, 5 ottobre 1929).

Recenti ricerche batteriologiche hanno dimostrato che la meningite meningococcica è spesso accompagnata o preceduta da una setticemia relativamente breve e di scarsa importanza, e che la setticemia meningococcica può decorrere con o senza compartecipazione meningea per modo che il fatto setticemico domina il quadro clinico.

Questa setticemia può essere acuta e subacuta.

Nella forma acuta la localizzazione del meningococco nelle meningi avviene pochi giorni dopo l'inizio dei fatti setticemici. L'inizio è brusco, si hanno marcati sintomi settici, grave prostrazione e di solito esantema petecchiale. La morte si ha in poche ore o pochi giorni. Le culture dimostrano che il sangue contiene meningococchi.

Nella forma subacuta il decorso è più lento e può prolungarsi anche per parecchi mesi. Nella meningoccemia subacuta si possono avere casi con processi meningei lenti, casi con endocardite settica e casi di pura setticemia senza metastasi.

Rolleston passando in rassegna tutti i tipi

di infezioni meningococciche osserva che la « febbre meningococcica intermittente » dovuta a setticemia può durare settimane senza alcun sintoma meningeo, può seguire ad una meningite o presentare sintomi meningei transitori e infine terminare in meningite. Egli però ritiene che la diagnosi difficilmente può essere fatta quando mancano fatti meningei.

Autori americani (Warfield, Walker, Cecil, Soper, Dock) che hanno avuto occasione di osservare e studiare casi di setticemia meningococcica subacuta o cronica, hanno dimostrato che questa forma è caratterizzata dalla seguente triade di sintomi: febbre intermittente con brividi, eruzioni cutanee, artropatie. Le eruzioni si manifestano con le elevazioni termiche e possono essere a forma purpurica, maculosa o papulosa. Le articolazioni dolenti non sono gonfie, non si presentano alterate; raramente si ha versamento endoarticolare.

Autori tedeschi (Hermann, Eifschitz, Friedmann e Deicher) hanno così fissato il quadro clinico della setticemia meningococcica: 1) catarro nasale, faringeo e bronchiale; 2) febbre al principio remittente e poi irregolare, durante parecchi mesi; 3) eruzioni eritematose; 4) decorso prolungato senza sintomi fisici; 5) stato generale relativamente buono.

Nei casi di Mahieu la febbre era a tipo remittente e durò parecchi mesi, esistevano dolori articolari e muscolari non accompagnati da fatti fisici, eruzioni eritematose specie alla faccia e agli arti. Tutti i casi terminarono in guarigione.

L'A. dopo aver riportata la storia clinica di due casi di setticemia meningococcica subacuta studiati nell'ospedale di Londra ne fissa il quadro clinico nei termini seguenti:

L'inizio è insidioso, ed il primo segno d'un disordine grave è costituito dall'ipertermia a carattere remittente con piccole oscillazioni quotidiane. Di solito si ha brivido. La febbre dura qualche mese e scompare insieme agli altri sintomi. Il fatto più caratteristico è lo stato generale buono malgrado l'ipertermia e gli altri disturbi. L'esantema rassomiglia a quello dell'eritema nodoso, ma è localizzato esclusivamente agli arti ed alla faccia. Le papule non presentano caratteri irritativi e scompaiono senza lasciare traccie. I dolori articolari sono transitori, non molto gravi e non sono accompagnati da fatti rilevabili con l'esame fisico. Essi si hanno nelle articolazioni degli arti e sono migranti.

In conclusione si può affermare che la setticemia meningococcica subacuta, quando non è accompagnata da metastasi meningee o cardiache, è caratterizzata da: febbre remittente, esantema a piccole papule localizzate agli arti ed alla faccia, dolori articolari che compaiono con l'ipertermia e scompaiono con questa, assenza di sintomi fisici, stato generale buono, prognosi eccellente.

Questa forma può decorrere senza che mai si presentino segni meningei. Dr.

Le peritoniti acute generalizzate da gonococco.

(Bertrand e Carcassonne. *Gynec. et Obst.*, maggio 1929).

Le peritoniti acute pelviche sono una complicazione abbastanza rara, ma possibile, della vulvite blenorragica delle bambine.

Gli AA. non si soffermano su questi fatti, ormai ben noti, ma si occupano invece delle peritoniti acute generalizzate, da gonococco, in quei casi nei quali nessun sintomo attira l'attenzione sull'affezione causale.

Per la patogenesi, la porta d'entrata è tubaria. Il gonococco soggiorna nell'utero, ma non attacca la tromba, largamente permeabile, e che permette invece l'invasione brusca del peritoneo. L'infezione della sierosa è tanto più rapida e importante quanto più il microbo è abbondante e virulento.

La mestruazione rappresenta una circostanza favorevole: assai spesso gli accidenti s'iniziano dopo la fine delle regole. Uguale importanza hanno il coito, i trattamenti intra-uterini.

Anatomo-patologicamente si trovano le trombe arrossate e tumefatte, dalle quali alcune volte attraverso l'*ostium abdominale* fuoriesce un pus cremoso, altre volte invece è necessaria l'espressione per farlo apparire all'orificio.

I sintomi clinici sono quelli della peritonite generalizzata, con temperatura a 39°-40° e polso a 120-140.

La diagnosi con la peritonite appendicolare è spesso difficile: sovente si opera pensando ad un'appendicite ed operando si fa la diagnosi. Una peritonite da ulcera gastrica, una gravidanza extrauterina, una peritonite *post-abortum*, possono rappresentare spesso una difficile diagnosi.

Come in tutte le peritoniti, occorre operare. Dopo aver verificato lo stato del tubo digerente, si rivolgerà l'attenzione alle trombe. Bisogna isterectomizzare? L'isterectomia ha avuto dei successi, ma sembra preferibile la salpingectomia con conservazione utero-ovarica.

A. P.

La infettività dell'eritema nodoso.

(J. O. Symes. *The Lancet*, 16 nov. 1929).

Benchè la maggioranza dei casi di eritema nodoso si presentino sporadicamente, se ne incontrano tuttavia talvolta due o più così strettamente associati tra loro che diviene difficile negare la possibilità di contagio.

Si tratta di alcuni membri della stessa famiglia che ammalano simultaneamente, oppure di piccole epidemie che si sviluppano in scuole od istituti.

Secondo l'A. il periodo di incubazione dell'eritema nodoso oscilla intorno ai 14 giorni. L'infettività di questa malattia è piccola ed ordinariamente gli individui robusti sfuggono resistendo ad essa.

Se però i poteri di resistenza dell'organismo sono temporaneamente diminuiti per qualche ragione, allora i germi prendono il sopravvento e si sviluppa la malattia: difatti l'eritema nodoso è molto frequentemente preceduto da un periodo di non buona salute o segue a qualche infezione acuta o cronica.

Si sa che l'eritema nodoso è strettamente legato alla tubercolosi: è questa forse una prova del risultato debilitante di questa malattia.

L'agente patogeno probabilmente sopravvive per lungo tempo, cosicchè il convalescente diviene un portatore. Le ricadute non sono rare e alcuni pazienti reinfettano se stessi molte volte.

La natura dell'agente infettivo è tuttora sconosciuta. Nel continente europeo è molto diffusa l'opinione che l'eritema nodoso sia una forma modificata di tubercolosi, ma in Inghilterra ed in America viene sempre più a considerarsi come una infezione streptococcica.

Qualunque esso sia, l'attività dell'agente patogeno è maggiore in marzo e aprile e colpisce più spesso il sesso femminile.

L'infezione entra attraverso le tonsille ed è probabile che in questi organi e nel nasofaringe resti latente per vario tempo.

VICENTINI.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Trattamento delle dilatazioni bronchiali complicate con la lobectomia al cauterio (operazione di Graham).

(ISELIN. *Journ. d. Chir.*, t. 34, n. 3).

L'operazione di Graham non realizza una lobectomia vera e propria con resezione del parenchima polmonare, ma consiste nel praticare una serie di cauterizzazioni canalicolari con le quali si ottiene dopo un certo tempo una lobectomia di fatto, poichè tutto il lobo malato viene sostituito da tessuto sclerotico. L'indicazione generale di questa operazione è in tutti i casi in cui si vuol sopprimere la porzione malata di parenchima polmonare: tipicamente nella bronchiettasia con ascessi.

Mentre nelle bronchiettasie semplici la malattia resta esclusivamente bronchiale e una toracoplastica associata alla compressione può portare a buoni risultati, nelle bronchiettasie complicate invece l'infezione si estende al parenchima polmonare, l'evoluzione anatomica e clinica è progressiva e fatale e la necessità di un'operazione radicale per exeresi s'impone. I risultati delle operazioni palliative in queste forme complicate non sono buoni. *Il pneumotorace*, oltre alla difficile realizzazione per le aderenze pleuriche, offre il pericolo di determinare una pleurite purulenta. Su 93 casi pubblicati, di bronchiettasie trattate col pneumotorace, senza distinzione fra forme semplici e complicate, si sono avute 14 guarigioni 44 miglioramenti, 7 morti. La *broncoscopia* associata all'aspirazione apporta un notevole miglioramento ed è consigliabile come preparazione all'operazione ma non può avere valore curativo definitivo. *La frenico exeresi* può dare qualche risultato nelle forme non complicate mentre in quelle complicate non è affatto indicata perchè con l'abolizione della tosse fa aumentare la stasi del pus. *La toracoplastica* ha dato eccellenti risultati nelle forme non complicate: Hedblom su 14 casi non complicati ha avuto 3 guarigioni, 6 miglioramenti e 3 morti. Harrington ha operato con la toracoplastica 17 casi semplici e 1 complicato: questo è morto dopo la toracoplastica. Archibald su 6 forme complicate operate di toracoplastica ha avuto 4 morti, 1 guarigione e 1 miglioramento.

Anche Sauerbruch ritiene che la toracoplastica non è efficace nelle forme complicate. I casi di *pneumotomia* nelle bronchiettasie non vengono in genere pubblicati perchè il polmone viene aperto in occasione di una complicazione polmonare acuta (pleurite purulenta, ascesso del polmone).

LOBECTOMIA.

a) *Lobectomia tipica*: Robinson l'eseguisce in due o tre tempi per creare le aderenze prima di estirpare il lobo, con una mortalità del 40 %. Lilienthal opera in un sol tempo: su 34 casi ha avuto 21 morti, 9 completamente guariti e gli altri molto migliorati; dei morti la maggior parte erano forme complicate. Brunn su 7 casi non complicati ha avuto una sola morte. Whittemore su 6 casi 5 morti. Un punto molto importante e discusso è quello della chiusura del moncone bronchiale. Sperimentalmente sono stati ottenuti dei buoni risultati con vari metodi ma è da dubitare che si abbiano risultati analoghi applicando i detti metodi alle lesioni settiche in parola.

b) *Lobectomia atipica*: Esteriorizzazione del lobo inferiore fissandone la radice ai muscoli della parete con fili di seta che prendono profondamente nel polmone e chiusura della ferita tutto intorno alla parte polmonare esteriorizzata. Questa cade in necrosi e dopo 4-5 settimane lascia solo un piccolo peduncolo rosso granulante. Whittemore l'ha praticata 5 volte. Coquelet su 5 casi: 3 guarigioni e 1 morto.

OPERAZIONE DI GRAHAM.

Fra le cure preoperatorie le più importanti sono l'esame completo del naso e la broncoscopia con aspirazione. Anestesia preferibilmente locale: è indispensabile che il malato non perda il riflesso della tosse. L'operazione si può fare in due tempi. Nel 1° tempo si scopre largamente la pleura, resecando almeno tre coste, nella zona di massima sclerosi repertata precedentemente con la radiografia. Assicuratisi che vi siano aderenze, il 2° tempo può

farsi dopo 3-4 giorni. Se la pleura è libera si tampona e si aspetta 10-15 giorni affinchè si stabiliscano le aderenze. Il 2° tempo consiste nel praticare col cauterio una serie di canalizzazioni in diversi tempi e in diverse zone del parenchima polmonare fino al focolaio suppurativo, aprendo in tal modo i bronchi e gli ascessi peribronchiali e determinando un buon drenaggio. La distanza di tempo fra le successive cauterizzazioni varia da 15 giorni a 1 mese secondo i casi. Gli accidenti da temere sono: l'embolia, rara ma difficile ad evitare, e l'emorragia che non è pericolosa se si fa un buon tamponamento compressivo. Altri accidenti meno temibili sono i fenomeni di shock analoghi a quelli delle ustioni. La guarigione impiega lungo tempo a prodursi: la questione più difficile è quella delle fistole bronchiali ma esse sono poco fastidiose perchè segregano scarso catarro muco-purulento non fetido nè irritante. Graham proscrive formalmente ogni trattamento di queste fistole per avere avuto due casi di morte immediata dopo semplice tentativo di chiusura.

La statistica di Graham era, al 1928, di 45 casi con 11 morti. (Mortalità operatoria e post-operatoria del 25 %). Dei rimanenti, 3 erano ancora sotto trattamento, 10 erano portatori di fistola bronchiale ma avevano ripreso la loro attività normale e 21 completamente guariti. Archibald ha adottato 5 volte il metodo di Graham ed ha avuto 3 morti, una fistola e una guarigione. G. PACETTO.

I risultati lontani dell'operazione di Trendelenburg.

(I. SÉNÈQUE. *La presse médicale*, n. 103, 1929).

Nel 1907, al congresso di Dresda, Trendelenburg comunicò il suo primo tentativo d'arteriotomia dell'arteria polmonare per embolia massiva di questa arteria. D'allora sino al 1924 tutti gli interventi per embolia dell'a. polmonare segnarono degli insuccessi, quando, nel novembre 1924, Kirschner pubblica il primo caso di guarigione; seguono poi i successi di Meyer, che conta due casi di guarigione completa e definitiva; nel 1928 sono pubblicati infine tre casi, di cui due sono dovuti a Crafoord ed uno a Nyström. Attualmente adunque esistono sei casi di guarigione d'arteriotomia dell'a. polmonare. In tutti questi casi gli esami radioscopici praticati parecchi mesi dopo l'intervento non hanno fatto rilevare alcuna lesione a carico del cuore destro; funzionalità perfetta dell'apparato cardio-vascolare.

Solo nei casi complicati da infarto la radiografia ha dimostrato qualche alterazione del polmone dal lato colpito.

Circa le indicazioni operatorie è indiscutibile che nell'*embolia recidivante con progressivo aggravamento* l'intervento è particolarmente indicato.

Non bisogna assolutamente perder tempo nei preparativi dell'operazione; ogni malato, che ha già presentato i segni di una grave embolia e che è in condizioni di poter subire l'intervento, deve essere in prossimità della sala operatoria, che sarà tenuta bell'e preparata.

Certamente vi saranno sempre degli insuccessi; ma le osservazioni di Kirschner, Meyer, Nyström e Crafoord provano che con la fede e la volontà può essere realizzato uno dei tentativi operatori più audaci che possano immaginarsi. C. GIACOBBE.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

V. PUNTONI. *Manuale di Microbiologia medica.* S. Bucciarelli ed. Roma, 1930.

Il titolo *Microbiologia medica* traduce un programma vasto; in quattro sezioni: *bacteriologia, micologia, protozoologia, virus indeterminati* è divisa la materia, di cui il libro tratta.

Chi ha concepito l'opera adunque non ha scelto la via generalmente battuta e non si è fermato alla bacteriologia medica, sorvolando sulla restante microbiologia; ma ha voluto inquadrare nella sintesi armonica tutti i microbii patogeni, dai bacteri ai funghi, dai protozoi ai virus indeterminati. In questo arduo e scabroso lavoro non ha arrestato l'A. la difficoltà, talora grande, di dare in sintesi, e in breve sintesi, quello che ancora è argomento di discussione, di dissenso o di incertezze; forse lo ha guidato e sorretto la felice intuizione della necessità, sentita in Italia dagli studiosi, di un libro sintetico, in un campo in cui il nome italiano figura come impulso potente agli inizi, come non trascurabile contributo nel tempo.

Nella breve *introduzione storica*, con imparziale equilibrio, sono ricordati i nomi che rappresentano le pietre miliari della scienza microbiologica, ed è bene che gli studenti italiani conoscano, senza esagerazioni dannose, la vera parte (e non è poca) che l'intuito italico ha nella storia della microbiologia.

La *sezione prima* tratta dei *bacterî;* precedono capitoli generali sulla classificazione (per comodità di studio l'A. vi include le spirochetacee e le eliconemacee), sullo studio microscopico e culturale, sulle proprietà patogene, sui fenomeni allergici; si addentra l'A., nella parte speciale, nella esposizione dei caratteri propri dei vari bacteri, dai morfologici ai culturali, dalle proprietà vitali alle azioni patogene, dai mezzi di ricerca e di identificazione ai metodi curativi.

Richiamo l'attenzione sui *capitoli generali* in cui sobriamente sono esposte le moderne concezioni sui problemi legati alla vita (respirazione, nutrizione, ecc.) dei piccoli esseri microscopici, e alle reazioni organiche dell'uomo infettato.

Nella *sezione seconda* tratta l'A. della *micologia*: campo trascurato in passato dai medici, appena accennato in qualche manuale, campo

che in questi ultimi tempi trova larghe applicazioni nella medicina diagnostica e curativa e con cui i giovani medici devono acquistare familiarità. Dalle generalità, da cui traspare tutta la difficoltà di dare un preciso orientamento, passa l'A. ai capitoli speciali: actinomiceti, ifomiceti, tigne, blastomiceti, sporotricosi, aspergillosi, pennicillosi, mucormicosi, miceti di incerta classificazione.

Nella *protozoologia* comprende i rizopodi, gli sporozoi, i mastigofori, i ciliati: lo studioso troverà in breve trattazione e lucidamente esposto, quanto si deve sapere sulle amebe, sulla malaria, sui tripanosomi, sulle leishmanie, ecc.

In una ultima sezione sono riuniti col nome di *virus indeterminati* gli agenti morbosi di malattie di natura sicuramente infettiva o contagiosa ancora ignorati nella loro essenza, o di incerta dimostrazione.

Ho riportato il *sommario*: l'utilità del libro non ha bisogno di essere dimostrata o commentata: s'intuisce quanta materia vuol comprendere il manuale, e forse chi non conosce metodi e capacità espositiva dell'A. crederà che nel breve spazio di 700 pagine la pretesa sia eccessiva. Egli insegna bacteriologia nell'Università di Roma e porta in ogni manifestazione qualità rare di chiarezza, di precisione, di brevità. Queste caratteristiche che del Puntoni fanno un insegnante prezioso, egli riversa nel suo manuale. Non facili esibizionismi letterari, non citazioni e teorie che ingrossano i volumi ed intralciano in molti libri moderni la rapida comprensione della materia, ma chiara esposizione di quanto di più moderno si conosce in ogni argomento; in poche pagine il sunto delle teorie indispensabili a conoscersi; in poche righe la scelta dei metodi di ricerca, dei metodi di colorazione, di cultura; in poche parole il giudizio netto e discriminativo o il giudizio cauto su quanto di incerto regna in molti problemi.

La brevità non va a scapito della chiarezza, quanto è riportato è necessario, potrei aggiungere quanto è trascurato avrebbe dato mole al libro, ma sarebbe stata dannosa zavorra in un libro di sintesi.

La letteratura medica si arricchisce di una utile opera didattica, indispensabile nell'orientamento odierno degli studi, che allargano il campo dei microbi patogeni e vi comprendono gruppi finora trascurati o ritenuti non patogeni per l'uomo; si arricchisce di un libro italiano, che tien conto del contributo patrio, usando quella discrezione che avvalora, e non cadendo in quelle esagerazioni che svalorizzano qualunque contributo.

La veste del libro è ottima, le illustrazioni, numerosissime e dimostrative, in gran parte originali; dizione corretta in ogni particolare: intenditori e studiosi faranno lieta accoglienza al lavoro del Puntoni, che in breve ha saputo raccogliere e ordinare una miniera di sapere.

T. PONTANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1).

E. RICCIOLI. *La semeiotica del pneumotorace.* (Prefaz. del prof. Morelli). L. Cappelli, edit., Bologna. Un vol. di pag. 350. L. 40.

Consigliamo la lettura di questo libro non solo a chi di pneumotorace fa professione, ma anche a chi di semeiologia respiratoria, di semeiologia in genere, di Clinica si interessa.

È una visione sintetica di quanto è detto dai classici e dai pratici sulla semeiologia dello pneumotorace: visione che ingloba le conoscenze fisiopatologiche presenti e passate, con il complemento di acute osservazioni personali, visione che procede nello svolgimento in modo razionale, in una forma dilettevole.

L'A. nelle ultime righe, con molta modestia, dice di aver voluto soltanto raccogliere quanto riguarda, nelle linee generali, la *semeiologia fisica* del pnx, mentre l'argomento è stato dal Riccioli perfettamente sviscerato ed inquadrato. Ma vi ha di più: con piacere noi vediamo finalmente farsi largo spazio, in un libro che di semeiotica tratta, alla *semeiologia funzionale* del polmone: e l'A. non accenno fugace, ma più capitoli detta, sulla semeiologia funzionale del pnx, parlandovi della spirometria, della capacità vitale, degli indici di potenza respiratoria, del quoziente vitale, ecc., nei vari stadi del pnx, nel pnx mono e bilaterale, ponendo utili raffronti con spirometria, stetografia, pneumomanometria, ecc. normali, mostrando con l'accurata e completa esposizione di dati come oggidì nessun cultore di semeiologia respiratoria possa prescindere dall'esame funzionale dell'apparato polmonare.

Integrano lo scritto una perfetta edizione tipografica, figure, grafiche ed una bibliografia notevole giungente al 1928.

MONTELEONE.

P. M. FRANCO. *Le pseudotubercolosi e le sindromi pseudotubercolari del polmone.* Libr. Idelson, Napoli. Un vol. di 289 pag. con 43 fig. L. 45.

Accingersi alla trattazione di tale capitolo della Patologia Umana, appare opera ardua anche al più superficiale studioso: l'A. che coraggiosamente ha voluto affrontarne le asperità, brillantemente superandole col libro che ho scorso con interesse, merita l'elogio degli studenti e dei medici che qua e là, nei Trattati, cercano di essere illuminati sulle pseudotubercolosi e sindromi pseudotubercolari del polmone.

Il libro, dedicato dall'allievo al Maestro della Clinica napoletana, al prof. Castellino, è denso di note, sia cliniche che anatomo-patologiche, che batteriologiche: le osservazioni più

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

interessanti sono citate e ad esse aggiunge l'A. la esperienza propria di data non recente.

La prima parte del volume riguarda le pseudotubercolosi del polmone e comprende la descrizione delle lesioni da parassiti animali (Protozoi-Metazoi), ovvero vegetali (Schizomiceti-Funghi), da veleni (Gas-Pulviscolo), da sostanze inerti (Polveri-Calcoli), da tumori o raccolte purulenti.

La seconda parte tratta delle sindromi pseudotubercolari del polmone, con minute descrizioni delle sindromi dovute a febbricole tenaci, a tosse, ad emottisi, ecc.

Chiude il libro un capitolo sull'indagine radiologica nelle pseudotubercolosi del polmone.

A ciascun capitolo segue la bibliografia dell'argomento, bibliografia vasta quanto mai, attestante la razionale laboriosità, la profonda cultura dell'A. non nuovo a chi segue il movimento scientifico dell'ultimo decennio.

Monteleone.

A. Bacmeister. *Therapeutisches Taschenbuch der Lungenkrankheiten*, 3ª ediz. Kornfeld, Leipzig, 1930.

È un piccolo volume di circa 200 pagine ove sono condensate tutte le affezioni dei polmoni sia di ordine puramente medico, come di ordine chirurgico, riportando succintamente le notizie più recenti anche sulle malattie allergiche a tipo asmatico e sul trattamento della tubercolosi con interventi chirurgici. Oltre quelli per le affezioni acute non mancano i capitoli sulla sifilide ed actinomicosi, l'echinococco e i tumori del polmone.

R. Brancati.

Pic A. e Morenas L. *Tuberculose Cardio-Vasculaire*. G. Doin, Paris, 1930. Fr. 65.

Le nostre conoscenze sulle lesioni tubercolari dell'apparato cardio-vascolare erano sino a poco tempo fa limitate allo studio della pericardite. Gli AA. si sono preoccupati di raccogliere tutti i fatti noti e documentati da inoppugnabili elementi anatomo-patologici concernenti tutte le alterazioni del cuore e dei vasi imputabili eziologicamente al bacillo tubercolare.

La materia raccolta in questo volume di 300 pagine è divisa in tre parti. Nella prima tratta della tubercolosi del pericardio, dell'endocardio, del miocardio e delle lesioni congenite del cuore, tratta cioè del cuore tubercoloso. Nella seconda parte tratta invece del cuore del tubercoloso cioè delle alterazioni funzionali od anatomo-patologiche che si possono riscontrare nella infezione tubercolare. La terza parte è dedicata alle localizzazioni arteriose e venose della tubercolosi. L'opera dei due Autori viene a colmare una lacuna nel campo della patologia delle malattie del cuore e dei vasi ed a completare le nostre conoscenze sulla importanza dell'infezione tubercolare nella determinazione di alcune alterazioni dell'apparato cardio-vascolare. Questo volume quindi sarà accolto con pieno favore dai tisiologi in modo particolare, ma anche dagli studiosi tutti dei vari problemi della patologia.

Trenti.

Mecklenburg. *Der gegenwärtige Stand der Schützimpfung gegen Tuberkulose.* Berliner Klinik, a. 36, 1 fascicolo di 24 pag. Edit. Fischer. Lipsia, 1929. M. 1.

È una breve rivista sintetica sullo stato attuale della vaccinazione preventiva contro la tubercolosi, con particolare riguardo ai risultati osservati nei paesi di lingua tedesca.

Valdoni.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 16 gennaio 1930.

Presidenza: Prof. G. Gallerani.

Casi rari di chirurgia biliare di urgenza.

N. La Gravinese. — L'O. riferisce su quattro casi di peritonite biliare acuta in cui all'intervento riscontrò in due casi volvolo acuto della cistifellea consecutivo a trauma, in un altro peritonite da trasudamento biliare per sepsi tifosa e idrope della cistifellea, ed in un altro blocco acuto biliare per rottura di una cisti da echinococco centrale del fegato, con invasione di piccole cisti nelle vie biliari.

Discute quindi sull'opportunità dell'intervento sistematico a caldo nelle sindromi biliari gravi acute.

Sieri policitratati (siero Normet) nel trattamento delle emorragie gravi.

N. La Gravinese. — L'O. si intrattiene sul vantaggio di sostituire ai cloruri, ai solfati, ed ai carbonati dei sieri comunemente in uso, i composti citratati, e dimostra il grande vantaggio di tale impiego, che del resto è stato segnalato di recente anche dal Cuneo.

Adduce una numerosa statistica di casi di shock operatorio e di emorragie felicemente trattati con tale metodo.

Fistola gastro-entero-colica consecutiva a resezione gastrica per cancro.

N. La Gravinese. — L'O. si sofferma ad illustrare un caso di carcinoma del piloro operato di resezione, che in nona giornata dell'intervento presentò una perforazione gastro-colica. Non lo si potè rioperare subito per il grave stato. Si rioperò dopo quattro mesi per ematemesi sopraggiunta. Si trovò una recidiva di tumore e la fistola gastro-entero-colica guarita come una fistola stercoracea qualsiasi.

Stenosi tracheo-bronchiali eredoluetiche.

G. FERRERI. — L'O. descrive due casi rari di stenosi tracheo-bronchiali eredoluetiche in giovani donne. La sifilide attacca la trachea ed i bronchi abbastanza spesso nello stadio terziario, ma raramente nella forma ereditaria. La diagnosi è stata controllata tracheo-broncoscopicamente, istologicamente e sierologicamente. L'energico trattamento specifico subito intrapreso, ha dato i migliori risultati. La localizzazione luetica colpiva specialmente in tutti e due i casi l'albero bronchiale destro ed in una delle malate aveva dato luogo alla formazione di neoproduzioni granulomatose gommose.

La pielografia intravenosa (urografia) con l'Uroselectan.

G. NISIO. — L'O. descrive il fervore delle ricerche che, principiato dagli americani, hanno avuto esito felice per merito dei tedeschi e sopratutto di Rosenow e von Lichtenberg. Non avendo esperienza del Pielognost (Rosenow), discute l'Uroselectan (von Lichtenberg): e presenta pochi radiogrammi, i quali, nonostante esigui in numero, riescono a rendere manifesti i pregi del metodo. L'O. rileva che con l'Uroselectan per via entravenosa, si mette in evidenza tutto o quasi l'albero urinario; si rendono cioè radiologicamente visibili le glandole che segregano l'urina e le vie di escrezione di questa.

Perciò, conclude l'O., il metodo non porta alla pielografia sola, sibbene ad una vera e propria radiografia dell'apparato urinario: alla « urografia ».

Il Segretario: L. QUARANTA.

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 31 gennaio 1930.

Presiede il Prof. CASSANELLO.

Colecisto-tifo.

Dott. LEOPOLDO PAITA. — L'O. rende noti due casi di setticemia tifica con localizzazione nella cistifellea e con la presenza di una tipica colecistite che, in primo tempo, non poteva neppure lontanamente far pensare ad un tifo. Nessun sintomo a carico dell'intestino è comparso durante il decorso della malattia. L'O. si intrattiene sulle localizzazioni extra-intestinali del tifo che possono essere svariatissime e di difficile diagnosi. Ne mette in luce le possibili cause e l'importanza della loro conoscenza ai fini, oltre che teorici, anche pratici.

Il tracoma nel Golfo della Spezia.

Dott. Prof. SALVATORE DEBENEDETTI. — L'O. fa note le sue ricerche statistiche dalle quali risulta che la percentuale dei tracomatosi nella popolazione del Golfo della Spezia è dell'uno per mille abitanti, mettendo in evidenza che si tratta sopratutto di malati immigrati dalla Toscana, dalle Provincie meridionali e dalle Isole durante il rapido sviluppo della città negli ultimi quindici anni.

Due casi di occlusione intestinale nel corso di flogosi salpingo-ovariche.

Dott. ACHILLE ZACUTTI. — L'O. ricorda che le principali complicazioni delle annessiti sono: la torsione degli annessi malati, la rottura d'una sacca salpingea od ovarica e l'occlusione intestinale. Nel decorso anno l'O. ha avuto modo di seguire nel Reparto Ginecologico dell'Ospedale della Spezia, due ammalate che nel corso di infiammazioni annessiali hanno presentato la classica sintomatologia delle occlusioni intestinali.

Entrambe le ammalate furono sottoposte all'intervento operatorio.

Nel primo caso si trattava di una ostruzione intestinale prodottasi in seguito alla propagazione dell'infiammazione d'origine annessiale all'S. iliaco e che aveva determinato un grave restringimento rettosigmoideo.

Nel secondo caso l'occlusione acuta era dovuta allo strozzamento dell'ultima porzione del colon discendente per un processo acuto di parametro-salpingite sinistra post-abortiva.

L'O. riporta i due casi clinici essendo l'occlusione intestinale una complicazione assai rara nel corso delle annessiti.

Su due casi interessanti di chirurgia intestinale.

Dott. LUIGI ALLEGRI. — Il primo caso si riferisce ad un individuo quasi settantenne il quale aveva ingoiato un osso di pollo, lungo 4 cm., largo un cm. e spesso un mm. e che si era arrestato in un tratto di intestino tenue, erniato in un'ernia crurale. Esso aveva perforato l'ansa d'intestino erniata e che si era incarcerata. L'O. spiega la perforazione dell'ansa colle manovre di taxis fatte per ridurre l'ansa incarcerata, essendo noto che l'intestino, per i suoi movimenti peristaltici, è in grado di espellere corpi anche più puntuti ed acuminati nel pezzetto d'osso del caso in oggetto, come ad esempio spilli, aghi, ecc.

Il secondo caso si riferisce ad un tipico ileo paralitico da compressione per diverticolo di Meckel che l'O. operò felicemente mentre l'ammalato, un giovane studente di anni 14, era già stato abbandonato dai medici curanti per una peritonite generalizzata purulenta, che in realtà non esisteva. L'operazione, per quanto dovuta eseguire in una casupola di montagna, sortì esito rapido in guarigione.

Sopra un caso di rino-faringo-laringoscleroma.

Dott. ANTONIO BRONZINI. — L'O. presenta un malato affetto da tipiche lesioni scleromatose del naso, della faringe e della laringe. L'esame istologico di pezzetti prelevati dal tessuto malato, aveva mostrato trattarsi di un processo infiammatorio cronico con numerosi linfociti e plasmacellule con cellule di Mikulicz e cellule a globi ialini, elementi questi due ultimi che sono caratteristici del granuloma scleromatoso. *L'esame batteriologico* aveva mostrato il *bacillo di Frisch*, il quale si ottenne quasi in coltura pura.

Il malato era stato trattato con successo con la röntgenterapia.

L'O. ricorda di avere osservato un altro caso di rino-faringo-scleroma.

Il Segretario: Dott. A. ROLLAND.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La funzione epatica e biliare valutata con metodo radiologico in gravidanza ed in puerperio.

Le alterazioni della funzione epato-biliare in donne gravide sono state messe in rapporto ad un fattore meccanico e biologico.

Le ricerche in proposito fatte con il metodo di Graham e Cole, mercè la somministrazione di tetraiodofenolftaleina *per os* o per via endovenosa, non hanno trovato concordi i pareri dei diversi osservatori; alcuni attribuiscono le alterazioni riscontrate ad un fattore puramente meccanico, altri pensano che tali modificazioni siano dovute alla funzione epato-biliare modificata dalla gravidanza.

G. Dellepiane (*Boll. Soc. It. Biol. Sper.*, f. 7, luglio 1929) col metodo di Graham e Cole ha ricercato la funzione epato-biliare in donne sane gravide e puerpere, in donne sane non gestanti, in donne albuminuriche in fase *post eclamptica* nei primi giorni di puerperio. La tetrajodo veniva somministrata per via orale o endovenosa. Dalle ricerche emergono i seguenti fatti:

1) durante i primi 3-4 mesi di gravidanza normale, non esiste alcuna modificazione nella funzione epato-biliare;

2) Nel 5°-6° mese la topografia della colecisti comincia a modificarsi, assumendo una posizione più alta e più esterna, e talora una direzione obliqua. Immodificata appare la rapidità della comparsa dell'ombra ed il potere di concentrazione e di svuotamento;

3) Dal 7°-8° mese si accentua lo spostamento della cistifellea; l'opacamento meno intenso; meno rapida è la comparsa dell'ombra della colecisti; lo svuotamento però non appare ritardato;

4) Al 9° mese è molto frequente l'assenza dell'ombra colecistica; l'ombra ritarda nel comparire ed è poco densa. Non esistono ritardi nello svuotamento;

5) Nel puerperio normale la colecisti nei primissimi giorni conserva la sua posizione alta, ma poi ritorna allo stato normale.

Nei due casi di albuminuria post-eclamptica non fu possibile ottenere l'ombra della cistifellea sulla lastra radiografica. Carusi.

Modi d'esplorazione della cistifellea con la palpazione addominale.

La colecistografia, realizzando lo studio diretto della cistifellea, permette di fissare la topografia ed i rapporti della vescicola biliare, che possono variare sia da un individuo all'altro, sia nello stesso individuo a seconda delle diverse posizioni (in piedi, seduto, ecc.). L'immagine della cistifellea può infatti nei radiogrammi apparire in zone varie, che vanno — in senso verticale — dalla IX costa alla fossa iliaca e — nel senso trasversale — in tutta la metà destra dell'addome.

M. Chiray, A. Lomon e G. Albot (*Presse Médicale*, n. 89, 1929) hanno rilevato che nella stazione eretta o seduta la cistifellea s'abbassa talvolta sino alla porzione superiore della fossa iliaca, assume una direzione anteriore e diventa superficiale. In decubito dorsale risale e si pone sotto il fegato, situata verso l'esterno. Nella posizione seduta e nel decubito laterale sinistro non solo la vescicola appare assai più bassa di quanto generalmente non si creda, ma entra a contatto con la parete addominale in regioni facilmente accessibili alla palpazione.

Tali nozioni hanno una grande importanza e debbono guidarci nell'esplorazione manuale della cistifellea ammalata.

La ricerca del punto cistico non deve essere pertanto eseguita col metodo classico di palpazione (in decubito dorsale), ma anche col paziente posto in decubito laterale sinistro e nella posizione seduta, col corpo passivamente flesso in avanti.

In tal modo si è più sicuri di rilevare un punto cistico doloroso e si evita con maggior facilità la confusione con punti dolorosi vicini, particolarmente col piloro-duodenale.

L'esplorazione sul paziente in decubito laterale sinistro ha grande interesse specialmente in quei casi in cui, allorquando il fegato è piccolo e nascosto sotto le costole e la cistifellea poco voluminosa benchè infiammata, la ricerca del punto doloroso con la maniera abituale sull'ammalato in decubito dorsale non dà alcun risultato.

L'esplorazione con la palpazione profonda in posizione seduta completa felicemente quest'insieme di ricerche, è preziosa specialmente nelle forme lievi di colecistite e permette di poter distinguere con relativa facilità i dolori della cistifellea da quelli degli organi vicini.

Non vanno naturalmente trascurati tutti gli altri mezzi d'indagine. C. Giacobbe.

CASISTICA.

L'insufficiente sviluppo intellettuale è spesso dovuto alla sifilide ereditaria.

Al XX Congresso degli psichiatri e neurologi di Francia e dei paesi di lingua francese fu fatta un'interessante relazione sull'importanza dell'eredo-lues in psichiatria da Hamel e Lopez-Albo.

Babonneix (*Gazette des Hôpitaux*, 1 gennaio 1930) ha trovato che in 50 casi su 200 encefalopatie infantili con insufficiente sviluppo intellettuale, la parte che ha l'eredo-lues è notevole. Egli divide questi 50 casi in due gruppi: in uno soltanto la sifilide può essere incriminata come causa patogena, nell'altro esistono negli antecedenti dei traumatismi

ostetrici che potrebbero, *a priori*, essere ritenuti causa dell'encefalopatia.

Nel primo gruppo l'A. raccoglie casi di deficiente sviluppo mentale, d'imbecillità o di idiozia che sembrano dipendere unicamente dall'eredo-lues per ragioni cliniche (concomitanza di lesioni dentarie eredo-luetiche, di cheratite interstiziale, del segno di Argyll-Robertson, lesioni ossee, testicolari, epatosplenomegalia, malformazioni cardiache), sierologiche, anamnestiche, anatomiche.

Nel secondo gruppo all'eredo-lues si associano traumi ostetrici. A questo proposito l'A. ricorda che egli coll'Hutinel fin dal 1911 ammetteva che anche nella malattia di Little l'eredo-lues interviene spesso. R. LUSENA.

Il tempo dell'inizio della dentizione temporanea.

Vari autori hanno studiato il tempo iniziale della dentizione temporanea ed hanno ottenuto dei dati differenti gli uni dagli altri ed oscillanti in un periodo di tempo abbastanza grande. Ciò si spiega pensando che numerosi fattori influiscono sulla evoluzione dentaria: il genere di alimentazione, il sesso, la razza, il clima, lo stato sociale, l'ereditarietà, i fattori patologici e morfologici del lattante.

V. Borra (*Pediatria del medico pratico*, 1928, n. 3) ha osservato l'inizio della dentizione temporanea in 1213 lattanti della classe operaia di Torino. Egli ha diviso la dentizione in: precoce, per i denti comparsi entro i primi cinque mesi; normale, per i denti apparsi dal 6° al 10° mese; ritardata, dopo tale epoca.

Il tempo medio della eruzione del primo dente risultò essere mesi 9 e giorni 6. L'inizio della dentizione avvenne prima nei lattanti al seno materno che non in quelli con allattamento misto o artificiale.

A convalidare il valore delle leggi sull'accrescimento somatico del lattante l'A. riscontrò la comparsa del primo dente essere avvenuta prima nei lattanti di sesso maschile, che non in quelli di sesso femminile.

Riguardo alle malattie che influiscono sulla dentizione, la sifilide e il rachitismo ritarderebbero fino all'11° mese l'inizio di essa; l'A. non riscontrò, contrariamente ad altri, alcuna influenza da parte della diatesi essudativa.

Nei lattanti esaminati, solo il ·5 % presentò dentizione precoce, il 30 % ritardata, il 65 % normale; non si riscontrarono casi di mancanza assoluta dei denti e regolare fu l'ordine della comparsa dei gruppi dentari: per primi gli incisivi mediani inferiori. VICENTINI.

La spina bifida e la sindrome della falsa incontinenza nei giovani.

Surraco L. (*Journ. d'Urology*, genn. 1929) riferisce quattro casi di giovani pazienti affetti da falsa incontinenza per rigurgito e portatori di spina bifida, mettendo in evidenza le alterazioni vertebrali e neurali coll'iniezione epidurale di lipiodol.

Generalmente in questi casi i segni clinici si seguono in tre periodi: in un primo, che va dalla prima infanzia all'adolescenza, si ha la cosidetta incontinenza vescicale essenziale; in un secondo si stabilisce una disuria progressiva e nel terzo si giunge all'incontinenza per rigurgito. In presenza di una tale sindrome, in cui all'atonia vescicale faceva riscontro una ipertonia del collo vescicale, l'A. ha mirato a sopprimere quest'ultimo, ottenendo nei tre casi trattati ottimi e definitivi risultati. V. LOZZI.

TERAPIA.

Il trattamento cruento delle fratture per schiacciamento del calcagno.

Simon e Stulz (*Rev. d. Chir.*, n. 5, 1929) osservano che il trattamento abituale non permette una buona riduzione e contenzione di queste fratture, che si può ottenere solo con l'intervento cruento. Questo consiste nello scoprire il focolaio con incisione orizzontale sottomalleolare esterna sezionando anche i tendini dei peronei laterali. Toilette del focolaio, riposizione dei frammenti, curando di ricostituire il bordo e il piano articolare, fissazione dei frammenti con agrafes metalliche. Sutura dei tendini e della pelle. Apparecchio gessato. Questo vien tolto dopo circa 1 mese e mezzo. Mobilizzazione e massaggio. Dopo 2 mesi si può cominciare la deambulazione; dopo 2 mesi e mezzo circa si toglie l'agrafe metallica; dopo 3-4 mesi la deambulazione si compie abbastanza bene. Gli AA. hanno operato in tal modo 5 casi con risultati abbastanza soddisfacenti per la statica e l'assenza di disturbi nella deambulazione. In tutti i casi però s'è prodotta anchilosi dell'articolazione sottoastragalica. In altri due casi in cui non fu possibile la riduzione praticarono l'artrodesi sottoastragalica e l'astragalectomia.

Concludono propendendo per l'operazione sistematica: questa consisterà in una osteosintesi o, quando non è possibile la riduzione, in un'artrodesi, riservando l'astragalectomia a casi eccezionali di fratture comminute con fenomeni di scoppio. G. PACETTO.

Le dislocazioni temporanee dei capi articolari nella cura dei più gravi processi settici dell'articolazione tibio-astragalica.

A. Odasso (*Chirurgia degli organi di movimento*, vol. XIII, fasc. 5°) riferisce sui risultati della cura dei gravi processi settici dell'articolazione tibio-astragalica, ottenuti colla dislocazione temporanea dei capi articolari. Il metodo, secondo l'A., non deve considerarsi come sistema abituale di cura ma di eccezione, da tentare allorquando gli abituali mezzi di asepsi e di antisepsi non impediscono l'infezione dell'articolazione ed a nulla valgono le ampie incisioni, i drenaggi, le irrigazioni continue, le risorse della siero, vaccino e proteinoterapia, tanto da dare speranza di salvezza solo con un intervento demolitore; in questi casi

il metodo è in grado di dominare un'infezione grave contro cui riesce vano ogni altro mezzo terapeutico.

Dai casi clinici riportati si rileva che in tutti i pazienti in cui fu praticata la deviazione assiale del piede, essa rispose sempre allo scopo in modo costante e sicuro.

Espone la tecnica da seguire facendo rilevare che la dislocazione mediale è la più favorevole e ad essa conviene attenersi nei casi in cui si ha libertà di scelta; fa notare che la degenza non fu mai superiore ai 4 mesi e che in tutti i pazienti gli esiti funzionali furono buoni con una vita operosa e proficua, col duplice vantaggio d'aver conservato un arto funzionante e di aver dominato in modo relativamente facile e semplice le sepsi più preoccupanti e virulente. Bucci.

Lussazione abituale di spalla e trattamento operativo con legamento artificiale.

F. Cattaneo (*La Clin. Chir.*, fasc. 8, 1929), dopo avere esposto i dati anatomo-patologici più salienti, discute della patogenesi mettendo in giusto rilievo l'importanza di alterazioni congenite ed acquisite della testa dell'omero: quali la minore ampiezza della superficie articolare e il differente rapporto fra testa e diafisi omerale che in certi casi formano un angolo meno ampio del normale venendo a formare un braccio di leva più potente donde maggior facilità alla lussazione. Dopo una rapida sintesi degli altri metodi operatori l'A. espone il proprio. Incisione sul solco deltoideo-pettorale fino a ridosso dello scheletro. Senza aprire la capsula articolare si circonda l'omero con una pinza ricurva fino alla sua faccia posteriore dove si pratica una controapertura. Attraverso queste due incisioni si passa un lembo di fascia lata, precedentemente preparato, lungo circa 20 cm. e largo 2 cm. Si pratica una terza incisione sulla faccia superiore della volta acromiale e con un Kocher, per via sottodeltoidea si attraggono i due capi di fascia lata che vengono fissati a un ponte osteo-periosteo preparato sulla volta acromiale. Sutura cutanea. Apparecchio gessato ad angolo di 45° per circa 20 giorni. Riporta 4 casi operati in tal modo con risultati abbastanza buoni.

G. Pacetto.

IGIENE.

Il problema igienico del latte.

Sino alla pubblicazione del R. D. 9-5-1929, n. 994, il commercio del latte in Italia non era regolato da alcuna norma igienica speciale, ma da sole norme igieniche generali, le quali, non essendo dettagliate e specifiche, e lasciate all'arbitrio ed al giudizio delle singole autorità locali (poichè le centrali si disinteressavano completamente della questione) erano dappertutto primordiali e antisociali e sfuggivano così a qualunque vigilanza sanitaria più accurata.

Ed il latte così, questo importantissimo prodotto dell'alimentazione umana, specie infantile e malata, veniva impunemente commerciato sudicio, mescolato a sostanze estranee e sicuramente inquinato da numerosi germi quali trovano nel latte il loro *optimum pabulum*.

Molto opportunamente quindi le autorità superiori governative hanno creduto necessario emanare l'accennato R. D. con il quale viene stabilito che il latte dev'essere venduto sotto due forme distinte:

1) latte pastorizzato;
2) latte crudo.

Latte pastorizzato.

Le norme per questa forma di latte sono annunciate dagli art. 1-30 e cioè con esse viene stabilito:

1) che le vaccherie debbono essere in determinate condizioni (art. 1, 2, 3, 4, 5);

2) gli animali ed il personale devono essere sottoposti a visita sanitaria (art. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14);

3) il latte dai luoghi di produzione deve essere trasportato a speciali stabilimenti chiamati « Centrali » per essere sottoposto alla pastorizzazione o ad altro trattamento idoneo ed il trasporto deve avvenire con bidoni (articoli 20-27);

4) dalla centrale il latte viene trasportato sempre con bidoni agli esercizi pubblici (caffè, bars, alberghi e trattorie);

5) da questi esercizi il latte viene trasportato a domicilio a mezzo di speciali bottiglie (art. 25-30).

Latte da potersi consumare crudo.

È quel latte che non subisce alcun trattamento, nè la pastorizzazione: è quindi latte naturale. Per esso però dal Regolamento si richiedono speciali precauzioni:

1) innanzi tutto è necessario che l'autorizzazione dell'Autorità Comunale sia sottoposta all'approvazione dell'Autorità Prefettizia (articolo 31);

2) gli animali debbono essere tubercolinizzati e ciò ogni sei mesi (art. 32);

3) il personale deve essere sottoposto a visita ogni due mesi (art. 32);

4) il latte appena munto dev'essere filtrato, refrigerato a 5° e imbottigliato sempre secondo le norme degli art. 25-30; non deve subire altro trattamento (art. 32-34);

5) le vaccherie debbono inoltre avere: un locale per la pulizia degli animali prima della mungitura e per la mungitura stessa (cioè questa deve avvenire fuori della stalla); un frigorifero, un ambiente per la lavatura e sterilizzazione delle bottiglie; mentre questi requisiti non sono richiesti per le altre vaccherie;

6) il trasporto delle bottiglie per la distribuzione (a domicilio) deve avvenire a mezzo di carri refrigeranti speciali (art. 34).

Oltre a ciò il Regolamento tratta anche del latte reintegrato, del latte scremato, delle pre-

parazioni lattee speciali, tra cui la crema, la panna montata, youghurt, gioddu, kefir, latte in polvere, latte condensato, maternizzato, e analoghi, tra cui, s'intende, burro, ricotta, ecc. per le quali sono prescritte norme speciali e la preventiva autorizzazione Comunale.

Il Regolamento tratta ancora il commercio del latte di asina, capra, pecora e di qualunque animale allo stato brado.

È subito da osservare che la vendita quindi del latte non potrà farsi se non nelle due forme predette: pastorizzato o crudo. Ma siccome per quest'ultimo si richiedono norme speciali, e, direi, quasi impossibili ad attuarsi nella pratica comune, resta che il latte sarà venduto e messo in commercio nella sola forma pastorizzata, dopo subito lo speciale trattamento nell'apposita « Centrale », dalla quale il latte a mezzo, prima, di bidoni e, poi, di recipienti con rubinetto per la vendita diretta al banco o di bottiglie speciali con chiusura ermetica per la vendita a domicilio, viene distribuito al pubblico.

Il problema quindi per gli uni è facile: mungere il latte, refrigerarlo, sì o no, riempire i bidoni e spedirlo in Centrale.

La latteria è un semplice intermediario, tra il produttore e il consumatore.

Per gli altri invece il problema è serio, in quanto che per essi è ugualmente prescritto l'imbottigliamento che non può eseguirsi se non con adatto macchinario, e ciò può, se mai, eseguirlo solamente qualcuno, fornito di mezzi adatti oltre il refrigeramento obbligatorio e il trasporto con speciali carri refrigeranti.

Inoltre se il Regolamento proroga ad un anno le disposizioni degli aticoli 22-25 e cioè quelle che riguardano i locali delle latterie e la consegna del latte a domicilio dalle latterie stesse, e infine se proroga a due anni le disposizioni degli art. 2-3, che riguardano i locali delle vaccherie, vale solo per il latte pastorizzato cioè per quello che esce dalla Centrale; per il latte da consumarsi crudo invece non si fa menzione di proroga.

Questione fondamentale pertanto per le amministrazioni comunali da sole o in consorzio e per il pubblico interesse è la costruzione della Centrale, non essendo possibile, che eccezionalmente, ai produttori eseguire le disposizioni degli art. 31 e seguenti riguardanti il latte crudo, senza di che il Regolamento non potrebbe avere alcuna pratica applicazione.

Ma ciò non può darsi a meno che il Governo non promani l'ordine di abrogazione.

Ciò a mio giudizio non potrà avvenire perchè sarebbe un regresso della civiltà, essendo deplorevolissime e vergognose le condizioni igieniche attuali del personale, degli oggetti di uso, dei locali di produzione del latte, dal quale molti e molti bambini bevono i primi germi fatali della tubercolosi.

Tivoli, 16 gennaio 1930-VIII.

Dott. GIUSEPPE GARBERINI
Ufficiale Sanitario di Tivoli.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. S. M., abb. n 4023-1:

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia. Milano, via Pace, 9.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia. Bologna, editore Cappelli.

Il Dermosifilografo. Torino, via Martiri Fascisti, 15.

V. M.

VARIA.

Dei fondamenti psicologici della percussione.

D. Katz (*Die Med. Welt*, 4 genn. 1930) riferisce di lavori suoi e del dott. v. Götzen (pubblicati questi nel vol. 112 dello *Zeitschrift für Psychologie*).

Oltre che di sensazioni acustiche, il medico che percuote si serve di quello che sui libri classici di semeiotica è descritto come senso della resistenza (percussione palpatoria), e che, secondo l'A., è costituito non solo di sensazioni di pressione e di contatto, ma anche di un particolare senso di vibrazione. Il medico si serve nello stesso tempo istintivamente di tutte queste sensazioni, l'influenza delle quali sul risultato della percussione l'A. si è proposto di analizzare partitamente.

Numerose prove fatte su cinque medici pratici, dimostrano che le delimitazioni di figure di organi ottenute con la percussione prima e dopo l'esclusione del senso acustico (per mezzo di un apparecchio rumoroso applicato direttamente alle orecchie) sono sensibilmente identiche: si è quindi autorizzati a parlare, in certe circostanze, di pura « percussione vibratoria ».

Per eliminare la suggestione che può derivare dal fare l'esperimento su organi di forma pressochè conosciuta, l'A. ha fatto costruire un fantoccio (brevettato, e fabbricato da C. Stiefenhofer, Karlsplatz 6, Monaco), che può servire anche per esercitazioni agli studenti; e consiste essenzialmente in una cassetta di legno nella quale si possono introdurre delle lamine di piombo di diversa forma e dimensione: la esattezza della figura ottenuta con la percussione può venire quindi immediatamente controllata.

Gli esperimenti fatti sul fantoccio dimostrano che esiste una assai notevole variabilità del risultato a seconda dei varii individui; è interessante notare che in media i medici non ottengono risultati migliori dei profani. I risultati che si hanno con la percussione normale non differiscono sensibilmente da quelli ottenuti con la percussione vibratoria pura.

Questi esperimenti dimostrano la grande importanza che spetta al senso vibratorio nella percussione.

F. B.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Notevoli istruzioni ministeriali circa la facoltà di scelta nei concorsi.

Il Ministero dell'Interno, Direzione generale della Sanità pubblica, con circolare 20 gennaio 1930 n. 20-400-1 A. G. 20289, diretta ai Prefetti, ha dato notevoli istruzioni circa il potere di scelta nei concorsi per la nomina dei sanitari condotti. Riportiamo il testo della circolare, aggiungendo brevi note di commento.

« Gli articoli 30 del Testo Unico delle leggi sanitarie approvato con R. D. 1° agosto 1907 n. 636 e 35 del R. D. 19 luglio 1906 n. 466 fanno obbligo alle Amministrazioni comunali, nel procedere alla nomina dei medici condotti, di far cadere la scelta su una delle persone dichiarate idonee dalla commissione giudicatrice del concorso.

« Il sistema della legge è, evidentemente, diretto ad assicurare, tra coloro che vi aspirano, la nomina dei migliori a posti che così direttamente interessano la tutela della pubblica e della privata salute; e se la legge ammette la possibilità che la nomina cada su persona diversa dal primo graduato nel concorso, ciò è in previsione, soltanto, di circostanze speciali, di carattere personale o locale, le quali possano, in taluni casi eccezionali, consigliare una deroga al principio che informa il sistema del concorso, e che consiste, appunto, nell'assicurare la nomina del candidato che, nella gara dei concorrenti, si sia rivelato il più idoneo di tutti.

« In base al sistema legislativo vigente si può fare adunque luogo, nei concorsi per medico condotto (ai quali sono, anche per questa parte, a norma dell'art. 3 della legge 27 aprile 1911 n. 375 pienamente parificati quelli per veterinario comunale) alla nomina del candidato che non abbia conseguito il primo posto nella graduatoria; ma l'esclusione dalla nomina del vincitore reale del concorso, che della nomina costituisce l'indispensabile presupposto, può essere giustificata soltanto da motivi di pubblico interesse; chè altrimenti il concorso verrebbe meno al suo scopo.

« Quando manchino tali ragioni e dalla nomina sia stato escluso il primo graduato nel concorso, l'atto di nomina è inficiato di quel vizio speciale di eccesso di potere che consiste nell'uso, da parte della pubblica autorità, di una facoltà che le è conferita dalla legge, ma per fini diversi da quelli pei quali è stata effettivamente adoperata.

« In tali ipotesi, le EE. LL. si uniformeranno pertanto alla legge negando il visto o l'approvazione di loro competenza alle relative deliberazioni podestarili.

« Intanto, poichè si intende seguire sistematicamente lo svolgimento dei concorsi in parola, si pregano le EE. LL. di comunicare a questo Ministero, Direzione Generale della Sanità Pubblica, a decorrere dall'arrivo della presente circolare:

a) tutti i concorsi per medici condotti o veterinari comunali in corso di svolgimento alla data della presente circolare e che verranno banditi in codesta Provincia;

b) le graduatorie che saranno presentate dalle commissioni giudicatrici dei singoli concorsi, banditi o da bandire;

c) tutti i provvedimenti di nomina dei medici condotti o dei veterinari comunali della provincia, con la indicazione della graduatoria conseguita dal nominato, nel concorso relativo, e dei motivi pei quali, eventualmente, la nomina non sia caduta sul primo graduato ».

Il Consiglio di Stato ha sinora ritenuto che il Podestà possa scegliere liberamente uno dei concorrenti dichiarati idonei, quale che sia l'ordine della graduatoria, e non debba motivare la sua deliberazione.

Criteri diversi risultano dalla circolare sopra riportata: deve essere nominato il primo graduato, se speciali motivi non giustifichino la scelta del secondo o di altro concorrente.

Questa interpetrazione dell'art. 30 *del testo unico delle leggi sanitarie sembra giuridicamente corretta. È vero che l'ordine della graduatoria non vincola il Comune e che il giudizio conclusivo, agli effetti della nomina, non è determinato soltanto dalla idoneità accertata dalla Commissione, potendo influire altri elementi; ma la condizione di prevalenza, in rapporto al requisito principale, cioè alla capacità specifica, ha certamente efficacia. Riconosce il Ministero che questa regola non è assoluta, perchè il più capace non è sempre il più idoneo, in date circostanze; ma i motivi che determinano la scelta eccezionale devono essere concreti e apprezzabili. Sin qui non sorge dubbio. Se il Podestà non sceglie il primo graduato* deve motivare *la sua determinazione? Questo è il punto più delicato.*

Logicamente, ammesso il criterio direttivo risultante dalla circolare 20 *gennaio* 1930, *si deve accettare anche la conseguenza dell'obbligo della motivazione nei casi in cui il Podestà non osservi l'ordine della graduatoria.*

È detto nella circolare che al Ministero devono essere comunicati tutti i provvedimenti di nomina e i motivi per i quali eventualmente non sia stato scelto il primo graduato, *o il se-*

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

condo, nel caso di esclusione dell'uno e dell'altro.

Non si può ritenere che questa comunicazione debba esser fatta con atto distinto e sia limitata al Prefetto che deve approvare la deliberazione e al Ministero che esercita un potere di vigilanza giuridica. Sembra piuttosto, secondo il concetto del Ministero, che debba essere motivata la deliberazione, qualora la scelta sia determinata da elementi diversi dalla capacità accertata dalla Commissione e che i motivi discrezionali siano perciò sindacabili anche in sede giurisdizionale.

Le istruzioni del Ministero devono essere osservate dagli organi gerarchicamente dipendenti, ma non vincolano le autorità giurisdizionali. Hanno però, in ogni caso, molta importanza per la fonte dalla quale provengono e per la base sulla quale si fondano.

È da ritenere che i Podestà si uniformeranno rigorosamente alle istruzioni del Ministero, le quali stabiliscono un indirizzo nuovo, giusto ed equo, che concilia l'interesse legittimo del concorrente, che ha una posizione prevalente nella graduatoria, con le esigenze dell'assistenza sanitaria. Del potere di scelta libera si è in molti casi abusato; la facoltà di non dichiarare i motivi è servita talvolta per dissimulare l'arbitrio.

Il Ministero pone un freno all'abuso. È da sperare che la giurisprudenza del Consiglio di Stato segua lo stesso indirizzo.

Ma un altro passo conviene fare per questa via: i concorsi, perchè siano una cosa seria, devono essere meglio disciplinati.

Confidiamo che il nuovo regolamento stabilirà norme precise, per evitare, nei limiti del possibile, eccessi e deviazioni delle Commissioni esaminatrici dei titoli.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

IX - Iscrizione dei dentisti abilitati in albi transitori.

Con R. D. 13 gennaio 1930 n. 20, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 8 febbraio n. 32, è stato disposto che i dentisti già autorizzati all'esercizio della odontoiatria, sebbene sprovvisti di laurea o di diploma di abilitazione all'esercizio della medicina e chirurgia, devono essere iscritti in un elenco transitorio aggiunto all'albo dei medici dell'Ordine professionale della provincia. L'albo transitorio è distinto da quello permanente, ma ai dentisti che vi sono iscritti sono applicabili tutte le disposizioni che concernono gli altri professionisti. Alla Commissione per l'Ordine dei medici è aggregato un dentista con diritto di voto soltanto nelle quistioni interessanti il ramo della odontoiatria, e nei provvedimenti relativi alla iscrizione e cancellazione dall'elenco e nei procedimenti disciplinari concernenti i dentisti autorizzati.

Soggiunge l'art. 2 che gli esercenti la odontoiatria inscritti nell'albo transitorio non possono usare a qualsiasi scopo e con qualsiasi mezzo, nella indicazione e denominazione della propria professione, altro titolo all'infuori di quello di *dentista abilitato.* La violazione di questa norma è disciplinarmente punibile con la sospensione della iscrizione nell'elenco per la durata da uno a tre mesi e nel caso di recidiva da due a sei mesi.

Il decreto qui riassunto si riferisce a tutti i dentisti che sono stati autorizzati all'esercizio della odontoiatria a norma delle disposizioni transitorie della legge 31 marzo 1912 n. 298 e di ogni altra disposizione generale o speciale.

Il Ministero dell'Interno, con circolare 10 febbraio 1930 n. 20400-1/20500, ha emanato opportune istruzioni per l'applicazione del decreto stesso.

Ha rilevato il Ministero che non è stabilito un termine perentorio per la iscrizione; ma, essendo il decreto già in vigore, l'obbligo è attuale e deve essere eseguito senz'altro, salvo un periodo di tolleranza, per dare tempo agli interessati di provvedere ai documenti richiesti dal regolamento 21 marzo 1929 n. 547. Il Ministero limita al 31 marzo 1930 questo termine e dispone che coloro i quali non abbiano curato di iscriversi prima della scadenza di esso, siano denunziati all'autorità giudiziaria, a norma dell'art. 3 della legge 6 maggio 1928 n. 1079, se esercitino la professione, dovendo essere considerati esercenti abusivi perchè non ancora iscritti nell'albo.

Circa la aggregazione di un dentista ai Consigli amministrativi degli Ordini dei medici, il Ministero avverte che le proposte di designazione devono esser fatte entro il 15 marzo e devono esser scelte persone di incensurabile condotta morale e politica, le quali godano la maggiore estimazione nell'ambiente professionale e nella pubblica opinione. S'intende che la persona proposta deve essere già iscritta nell'albo transitorio.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

In sede di bilancio del Ministero dell' Interno.

Discutendosi il bilancio del Ministero dell'Interno, l'on. N. Castellino ha rilevato l'aumento di 74 milioni nello stato di previsione delle spese; esso corrisponde al 10 % circa della somma globale ed è pienamente giustificato dall'esame dei singoli capitoli, tra cui stanno quelli relativi alla difesa sanitaria, che il fascismo ha compreso nel suo pieno valore: basti dire che dal 1923 ad oggi, sono state portate innanzi al Parlamento ben 11 nuove leggi in materia di salute pubblica ed emanati oltre 70 decreti reali e 52 decreti ministeriali e si sono forniti mezzi adeguati.

L'on. Castellino ha lumeggiato il poderoso sviluppo dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, per la quale viene più che raddoppiato lo stanziamento, portandolo a 65 milioni, e la quale si coordina con tutta una serie di altre provvidenze: l'Opera Nazionale Balilla, il Patronato Nazionale, la bonifica integrale, la lotta contro l'urbanesimo, la lotta contro la malaria, la lotta contro la tubercolosi, la legge sulle malattie professionali, l'Opera Nazionale Dopolavoro, ecc.

Così il fascismo, prospettandosi, affrontando e risolvendo i problemi dell'assistenza nazionale in tutti i suoi campi, ha saputo suscitare da quelli che erano una volta sterili voti o banali capitoli di ordinaria amministrazione, organismi sani, potenti e fecondi di bene che con la loro azione concorde e coordinata, penetrando nel profondo delle necessità biologiche e etiche degli individui, migliorano la razza fisicamente e moralmente la innalzano.

* * *

Il sottosegretario di Stato agli Interni, on. Arpinati, nella sua lucida relazione ha rilevato quanto appresso.

All'assistenza e beneficenza pubblica il Ministero dell'Interno ha dedicato tutte le sue possibilità finanziarie. Per quanto riguarda l'assistenza ospitaliera, il Ministero si è preoccupato delle non facili condizioni in cui versano le Opere Pie per effetto dell'aumentato costo della vita. S'invoca, da taluno, una radicale riforma del servizio di assistenza agli infermi, mediante l'estensione a tutte le categorie di lavoratori dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, che trasferirebbe per intero agli Enti assicuratori le spese dell'assistenza ospitaliera. Una simili riforma non potrà essere attuata se non quando le condizioni dell'economia generale siano propizie, e sia risolto il problema della continuità del lavoro.

Un'altra proposta di riforma vorrebbe attribuire ai Comuni o alle Provincie questo importante servizio, devolvendo loro l'attuale patrimonio degli istituti ospitalieri. Il problema è importante e delicato. Non bisogna, da una parte, inaridire le fonti della privata beneficenza, per cui tutto l'onere della spedalità ricadrebbe sugli Enti locali, e, quindi, sui contribuenti; e non si deve, dall'altra, andare contro la volontà di filantropi testatori.

Pertanto il Ministero, nell'attesa della assicurazione obbligatoria o di altra riforma, si è fatto dovere di sovvenzionare nella più larga misura possibile gli Istituti Ospitalieri e a favorirne il miglioramento secondo le più moderne esigenze.

Riguardo alla sanità pubblica, la mortalità è in lenta, ma costante e progressiva diminuzione. Nel 1928 il coefficiente di mortalità è stato del 15,6 per mille: è stato, cioè, il più basso coefficiente di mortalità finora raggiunto. Sensibile è stata la diminuzione delle malattie infettive ed anche delle così dette malattie sociali. Scomparsa è la pellagra. Efficacemente combattuta è la tubercolosi per opera dei Consorzi provinciali antitubercolari che nel 1929 hanno erogato, nella lotta contro il morbo, ben 63 milioni, provvedendo alla assistenza di 22.000 ammalati, gestendo dispensari e curando particolarmente la tutela dei bambini predisposti al terribile male o conviventi con parenti infermi.

Nel 1929 nei preventorî per figli di tubercolotici sono stati curati 14.000 fanciulli, oltre i molti altri assistiti nelle scuole all'aperto e in altre istituzioni. Promettente è il risveglio delle iniziative per la costruzione di opere permanenti antitubercolari. In questo campo il primato spetta alla Cassa per le Assicurazioni Sociali, che, in esecuzione della legge per l'assicurazione contro la tubercolosi, ha, in questo primo anno di funzionamento della assicurazione, provveduto all'assistenza di 18.000 infermi, e, merito particolare del camerata Morelli, sta ora impiantando in tutte le provincie d'Italia i suoi nuovi e moderni ospedali. Tutta questa opera, svolta sotto il controllo e le direttive dello Stato, dopo appena un anno dall'emanazione delle leggi fasciste per la lotta contro la tubercolosi, ha portato l'Italia nella lotta antitubercolare all'avanguardia di tutte le Nazioni del mondo.

Anche nei riguardi della malaria l'opera svolta nello scorso anno segna una nuova tappa nella redenzione igienica di quella parte ormai limitata del territorio italiano ancora soggetta alle insidie del morbo.

Ma la lotta più efficace per la difesa e l'avvenire della razza, che il Governo si è proposto, è indubbiamente quella affidata al camerata Blanc. All'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia è stato assegnato, per il nuovo esercizio finanziario, un maggior contributo di 35 milioni.

Gli alti fini che l'opera si propone e le cospicue sue benemerenze giustificano quest'assegnazione. E duole soltanto che i limiti insuperabili del bilancio non consentano di fare di più.

In ogni modo, assicura l'on. Castellino che l'Opera rivolgerà sempre più la sua attenzione anche verso quei figli legittimi, abbandonati o, comunque, più bisognosi.

L'argomento della difesa della Maternità e della Infanzia richiama alla mente un problema assai grave e penoso: il procurato aborto e l'infanticidio. Magistratura e Polizia con ammirevole zelo e con acuto senso della difesa sociale, impegnano le loro migliori energie nella ricerca e nella punizione dei colpevoli. Ma la loro opera, fatalmente, non può essere che repressiva. E non è sempre tale — per fatalità di cose — da lasciare tranquilla la nostra coscienza. Non pare giusto nè morale che, per la conseguenza d'un'azione commessa in due, uno solo debba espiare, e certo non sempre il più colpevole.

In ogni modo, le cifre sono assai confortanti. Gli aborti procurati che nel 1928 furono 3106, nel 1929 discesero a 975. Possiamo trarre buoni auspici per l'avvenire.

L'on. Arpinati ha rilevato che anche la difesa della moralità è stata oggetto di assidue cure, a difesa della sanità della razza.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALATRI (*Frosinone*). — A 40 giorni dal 15 feb.; L. 8500 e addizion. di L. 4 sopra i 1000 pov., di L. 5 sopra i 2000, c.-v., 5 quadrienni dec.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi.

CASTEL GANDOLFO (*Roma*) — Scad. 30 mar.; L. 9000 e doppio c.-v., 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 100; doc. a 3 mesi; serv. entro 20 gg.; L. 400 temporaneam. quale uff. san.

CRESPELLANO (*Bologna*). — Scad. 22 mar.; 2° reparto; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 trasp. e L. 500 ambulat.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

FIRENZE. *Laboratorio Consorziale di igiene e profilassi.* — Per titoli ed esami. Quattro posti di assistenti: due per la Sezione Medico-Micrografica, e due per la Sezione Chimica. A ciascuno dei quattro posti stipendio annuo di L. 12.000 con 5 aumen. triennali di 1/10, oltre indennità servizio attivo di L. 2000 annue. Indennità caro-viveri e eventuali premi di operosità; tutto al lordo delle ritenute di legge. Domande e documenti in carta da bollo e legalizzati, debbono pervenire al Presidente della Commissione Amministrativa del Laboratorio Consorziale, via Cavour 2, Firenze, non più tardi delle ore 16 del 30 aprile. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

FIRENZE. *Spedale S. Giovanni di Dio.* — Assistente chirurgo; L. 5000 oltre L. 1200 indenn. guardia, c.-v., partecipaz. onorari operazioni; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dalla chiusura; esame teor.-pratico; scad. ore 16 del 30 apr.

FONTANETO D'AGOGNA (*Novara*). — Scad. 15 apr., ore 18. Consorzio con Cressa, L. 9000, oltre lire 3000 trasp., L. 200 ambulat., L. 1000 uff. san., dieci bienni ventesimo; serv. entro 10 gg.

MANTOVA. — Per titoli ed esami. Medico aggiunto presso l'Ufficio d'Igiene del Comune di Mantova. Stipendio L. 11.500; indennità di carica L. 1500; indennità caro-viveri, se coniugato, ridotta a sensi di legge. Scadenza per la presentazione domanda e documenti di rito ore 18 del 7 aprile. Richiedere l'avviso di concorso alla Segreteria del Comune.

MOTTA DI LIVENZA (*Treviso*). *Ospedale Civile « Comunale ».* — A tutto il 31 mar.; medico assistente per il servizio di guardia e gabinetto di ricerche microscopiche e batteriologiche; L. 10.000, vitto, alloggio, 50 % esami, 5 quinquenni dec.; nom. e conferme biennali. Rivolgersi alla Segreteria.

PIACENZA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore medico; titoli ed eventualm. esami; L. 24.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 serv. att.; scad. 10 apr.; età lim. 30-40 a.; doc. a 3 mesi dal 20 feb.; chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria (via Garibaldi 50).

PIGNATARO INTERAMNA (*Frosinone*). — Scad. ore 18 del 20 apr.; L. 10.500 oltre L. 2400 cav., L. 500 uff. san., quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 7 mar.

POLA (*Istria*). *Ospedale Provinciale.* — Al 20 marzo è bandito il concorso per titoli a primario radiologo. Le condizioni del concorso verranno comunicate dall'Amministrazione provinciale dell'Istria a richiesta degli interessati.

PONT CANAVESE (*Aosta*). — Consorzio; L. 9000, oltre L. 800 uff. san., L. 1800 uff. san., 6 aumenti periodici, indenn. alloggio. Scad. 20 mar.

ROCCA S. CASCIANO (*Forlì*). — Scad. 31 mar.; condotta di campagna; L. 11.000 e 10 bienni ventes., c.-v., L. 2000 trasp.; riconoscim. servizi anter.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

SALERNO. *R. Prefettura.* — Scad. ore 12 dal 15 apr.; ufficiali sanitari per 4 consorzi; L. 4000, 4000, 6500 e 7000, oltre indenn. cav.; titoli ed esami.

TERAMO. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore della Sez. Med.-Micr. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; proroga 31 mar.; L. 13.000 aumentabili, oltre L. 3000 serv. att.; partecipaz.; età lim. 45 a.; serv. entro 15 gg.

TRENTINARA (*Salerno*). — Scad. 15 apr.; L. 6700; rivolgersi Segreteria com.

TRENTO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad 31 mar.; assistente presso i Dispensari di Riva ed Arco; L. 8000. Rivolgersi Segreteria del Consorzio (Amministraz. Provinc.).

VENEZIA. *Amministrazione dei Manicomi Centrali Veneti.* — Due medici di Sezione; L. 11.600 elevabili a L. 13.700, oltre L. 2800 supplem.; promozione a primari di II Classe; doc. poster. al 22 febbr.; pratica speciale; chied. annunzio. Scadenza ore 17 del 24 marzo. Rivolgersi alla Segreteria (S. Maria Formosa, Calle delle Bande, Ramo Venier, n. 5269 A).

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Medico chirurgo assistente e assistente straordinario; L. 3915 pei celibi e L. 4275 per gli ammogliati; titoli ed esami; scad. ore 18 del 31 mar.; età lim. 30 anni; doc. a 3 mesi dal 1° mar.; serv. entro 15 gg.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Medici italiani all'estero.

L'on. Di Giacomo, presidente della Confederazione Professionisti ed Artisti, ha diramato a tutti i Segretari Nazionali, la seguente circolare:

« Questa Presidenza ha interessato l'On. Ministero degli Affari Esteri per ottenere, quando se ne presenti la possibilità, la segnalazione di eventuali richieste, da parte di paesi stranieri, di professionisti Italiani (in particolar modo Ingegneri e Medici).

« L'On. Ministero ha raccolto con favore l'idea ed ha pregato questa Presidenza di tener nota, presso i propri uffici, degli elementi idonei dei vari Sindacati i quali desiderino prestare la propria opera in altri paesi e siano informati di eventualità favorevoli e vogliano concorrervi.

« Prego quindi cotesta Segreteria di voler dare notizia di questa iniziativa ai propri associati e di dare poi comunicazione a questa Presidenza, a mano a mano che se ne presenti l'occasione, dei nomi degli aspiranti che per titoli e per servizi prestati, si mostrino idonei all'adempimento dei compiti prefissi ».

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Pietro Marogna è stato trasferito dalla patologia chirurgica alla clinica chirurgica nell'Università di Sassari.

Il prof. Mario Chiò, di farmacologia e tossicologia a Sassari, è stato trasferito a Torino.

Il prof. Filippo Neri è stato chiamato a coprire la cattedra d'igiene nell'Università di Pisa, rimasta vacante in seguito al ritiro del prof. Alfonso Di Vestea per limiti d'età.

Al posto lasciato vacante nell'Università di Bari dal prof. Neri è stato chiamato, da Modena, il prof. Francesco Sanfelice.

L'insegnamento dell'igiene all'Università di Modena è stato affidato, per incarico, al prof. Guido Guerrini, di patologia generale.

Il prof. Galeno Ceccarelli è stato incaricato dell'insegnamento di patologia chirurgica presso l'Università di Bari.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

Assemblea della Sezione Lombarda della Lega Italiana per la lotta contro il cancro.

Il 23 febbraio u. s., alle ore 14, si è tenuta all'« Istituto Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro » una riunione indetta dalla Sezione Lombarda della Lega Italiana per la lotta contro il cancro. A tale riunione erano stati invitati, mediante circolare, tutti i medici di Lombardia. Erano iscritti quali relatori di comunicazioni numerosi medici e scienziati appartenenti all'Istituto del cancro stesso ed esterni. La seduta si svolse sotto la presidenza del prof. Belfanti.

All'inizio della seduta il presidente prof. Belfanti ha espresso la speranza e la fede che la riunione fosse la prima di una lunga serie atte a promuovere più intimi rapporti e scambi di idee tra tutti gli studiosi dell'immane problema della lotta contro il cancro. Ha parlato di riunioni consimili, svoltesi e da svolgersi in altre città di Lombardia. Ha fatto infine altre comunicazioni di indole amministrativa e sociale.

Il prof. Tansini, clinico chirurgo dell'Università di Pavia, ha svolto una lucida relazione su « La iperemia nella genesi del cancro ». Sviluppando idee in gran parte nuove, l'illustre maestro ha espresso anzitutto il proprio convincimento che il cancro presenti una spiccata preferenza per i tipi cosiddetti sanguigni. Ha dichiarato di ritenere che una notevole importanza per la genesi dei tumori epiteliali abbia il presentare o meno gli organi un'abbondante irrorazione sanguigna e l'andare soggetti a periodiche o frequenti iperemie, nel senso che tali organi subiscono più facilmente la trasformazione cancerigna. Ha citato i casi della mammella e dell'utero soggetti alle iperemie mestruali e pure preda con grande frequenza del cancro, il caso della pelle del volto, la più fornita di irrorazioni sanguigne e contemporaneamente quella tra le cuti di tutte le altre regioni che è sede con la più grande frequenza di cancro, ha citato il caso della cornea, tessuto privo di vasi sanguigni e di cui non si conosce tumore. Forse anche le irritazioni e le infiammazioni che si vuole favoriscano l'insorgere del cancro di qualsiasi genere, agiscono soltanto attraverso l'iperemia che determinano. Ne trae la conseguenza pratica, che è anche piano di studio, di eseguire le asportazioni chirurgiche dei carcinomi, operando in modo da lasciare ischemico il territorio nel quale sono da temere le recidive, ciò regolando in opportuno modo la legatura dei vasi.

Il prof. Rondoni fa osservare a proposito della comunicazione del prof. Tansini, che è difficile scindere che cosa negli stimoli infiammatori spetti alla causa irritativa stessa e quanto all'iperemia da questa determinata. Osserva prevalere oggidì la tendenza a ritenere che favorisca l'insorgenza dei tumori maligni più un'irrorazione sanguigna deficiente che non una sovrabbondante. Osserva per quanto si riferisce alla cornea come sede di tumore che vi è un altro organo, la cartilagine, pure privo di irrorazione sanguigna, ma che nondimeno è sede frequente di tumore.

Il prof. Fichera ritiene anch'egli che sia più frequente il cancro nell'individuo robusto e macrosplancnico in generale. Svolge poi la sua comunicazione su un caso di « Invaginazione intestinale cronica recidivante da carcinoma del cieco; successiva ematuria renale destra da metastasi. Resezione ileocolica e nefrectomia in secondo tempo; guarigione clinica ».

Il dott. Ongania porta degli interessanti dati statistici sulla morbilità per cancro e sulle condizioni ambientali di diverse regioni nelle quali ebbe ad esercitare la professione (Valtellina, Lecchese, ecc.). Ha degnato di particolare studio il fattore acque del lago, per quanto si riferisce al Lecchese, nelle quali viene lavata gran parte della biancheria, come fonte possibile di trasmissione della malattia.

Il prof. Perussia ha prodotto ed illustrato una serie di interessanti proiezioni su casi di gravi ed estesi carcinomi cutanei curati con la curieterapia, tutti con risultati molto confortanti.

Il dott. Giraudi ha illustrato tre casi di tumori delle ossa studiati radiologicamente.

Il dott. RATTI ha parlato su « Tumori delle ossa e roentgenterapia », accompagnando le sue parole con proiezioni.

Il dott. MEDA ha parlato su « La diagnosi radiologica della lymphangitis carcinomatosa pulmonaris ».

Il dott. ASTI su « La tecnica nella radiumterapia di superficie ».

Il dott. ROVIDA ha sottoposto a controllo il metodo (proposto dal Mayer) di sensibilizzazione dei tumori sottoposti a roentgenterapia mediante iniezioni di destrosio: ha avuto risultati negativi.

Il dott. CARMINATI riferisce di avere studiato un tumore spontaneo trapiantabile nel topolino bianco: la facoltà di attecchimento di tale tumore di tipo sarcomatoso si dimostrò accresciuta dopo il primo trapianto ed ancor più dopo il secondo.

La dott.a BOLAFFI ha studiato l'influenza del magnesio sul contenuto in potassio e calcio nello adenocarcinoma del topo, già studiato dal Delbet. Al contrario di questo autore non ha osservato che tali tumori regrediscano in seguito a somministrazione di Mg, nè che con questa aumenti il contenuto in Mg stesso del tumore, ha ottenuto invece una diminuzione nel rapporto Ca/K.

Il prof. RONDONI ha parlato su « Gli indirizzi di ricerca sperimentale seguiti nella Sezione Biologica dell'Istituto del Cancro ».

Dott. R. ASCOLI.

NOTIZIE DIVERSE.

7° Congresso internazionale di storia della medicina.

Si adunerà a Roma dal 22 al 27 settembre, sotto l'alto patronato di S. M. il Re; presidente del Comitato d'onore è S. E. Benito Mussolini; vice-presidenti ne sono S. E. Balbino Giuliano ed i proff. R. Alessandri, V. Ascoli, R. Bastianelli e D. Giordano; il Comitato esecutivo è così costituito: presidente prof. P. Capparoni; vice-presidenti proff. G. Bilancioni e A. Castiglioni; segretario generale dott. Filippo Rocchi; segretari aggiunti i dottori G. Capparoni e A. Pazzini; tesoriere prof. Vincenzo Rocchi; membri dott. A. Casarini e proff. A. Corsini, G. Favaro e D. R. Roncali.

La seduta inaugurale avrà luogo al Campidoglio; le sedute ordinarie si terranno alla Reale Accademia dei Lincei (palazzo Corsini, via della Lungara).

Le relazioni concerneranno i seguenti temi: Come l'Europa nel Medioevo si difese dalla lebbra (prof. Jeanselme di Parigi); obbligatorietà dell'insegnamento di storia della medicina (prof. L. Szumowski di Cracovia); rapporti tra l'Italia e le altre Nazioni, riguardo alla medicina e alle scienze naturali, durante il rinascimento scientifico (prof. Castiglioni di Padova). Si farà anche largo posto alle comunicazioni.

Il Governo ha concesso il ribasso del 50 per cento sulle ferrovie. I principali alberghi hanno consentito un ribasso sui prezzi di pensione.

Vi saranno ricevimenti dati da autorità e istituzioni cittadine e scientifiche. I congressisti saranno ricevuti anche dal Santo Padre. Si faranno visite a Nemi e all'Abbazia di Montecassino, ove a cura del Congresso verrà posto un ricordo. Verrà inaugurato un Museo medico all'Ospedale S. Spirito.

È allo studio un'escursione, subito dopo il Congresso, all'isola di Coo, ove è tornato alla luce il volto d'Ippocrate, e ciò per cura del comitato organizzatore del Congresso d'Idrologia, che avrà luogo a Rodi nella seconda metà di settembre.

La tassa d'iscrizione è di L. 100 per i membri della Società internaz. di storia della Medicina e della Società ital. di storia delle scienze mediche e naturali; di L. 150 per gli altri congressisti; di L. 50 per i componenti le famiglie dei congressisti e per gli studenti di medicina. Le quote sono da corrispondere a mezzo di vaglia postale o di chèque sbarrato, con la menzione « Banca d'America e d'Italia », al tesoriere prof. Vincenzo Rocchi, Corso Vittorio Emanuele 173, Roma. Informazioni e regolamento dal segretario generale dott. Filippo Rocchi, ibidem. Indirizzo del Congresso per la corrispondenza d'indole generale: via Calandrelli 12, Roma (129), Italia.

2° Congresso internazionale di pediatria.

Conforme al desiderio espresso dai varii Comitati Nazionali, il Comitato organizzatore ha deciso di rinviare il Congresso al 18-21 agosto 1930.

Il principe e la principessa reali di Svezia hanno accordato al Congresso il loro alto Patronato.

Saranno messi all'ordine del giorno i seguenti temi:

a) Gli effetti biologici delle irradiazioni dirette ed indirette dei raggi ultravioletti;

b) Funzione fisiologica e patologica del sistema timolinfatico;

c) Psicologia e psicopatologia della infanzia nell'insegnamento della pediatria e loro applicazione alla medicina sociale.

I nomi dei relatori saranno pubblicati prossimamente, come pure verranno resi noti i nomi degli oratori designati dai Comitati nazionali a prendere parte alle discussioni.

Oltre alle relazioni soprariportate, verranno presentate delle comunicazioni su soggetti scelti personalmente dai singoli autori. Queste comunicazioni dovranno essere comunicate alla Segreteria non oltre il 1° aprile 1930.

La tassa è di corone svedesi 20 per i congressisti e di corone 10 per i membri della famiglia.

Alla chiusura del Congresso verranno organizzati tre viaggi collettivi a desiderio dei congressisti. Chiedere informazioni al riguardo. I congressisti sono pregati di iscriversi a tali viaggi il più presto possibile e non più tardi del 1° luglio, aggiungendo alla domanda la somma di 50 corone.

La « Cit », Compagnia Italiana Turismo, ufficio di Milano, ha preparato alcuni preventivi per il II Congresso Internazionale di Pediatria di Stoccolma. Chiedere informazioni.

Le adesioni e tutte le corrispondenze vanno indirizzate al « Secondo Congresso Internazionale di Pediatria », Stoccolma, Svezia. Indirizzo telegrafico: Pediatric:Stoccolma. Insieme alle adesioni è raccomandabile di unire l'importo della quota per vaglia postale o per chèque bancario. Segretario del Comitato Italiano è il prof. Cesare Cattaneo, R. Clinica Pediatrica, via Commenda 12, Milano.

1° Congresso Internazionale di microbiologia.

Ricordiamo che il I Congresso Internazionale di Microbiologia, organizzato dalla Società Internazionale di Microbiologia, si terrà a Parigi presso l'Istituto Pasteur e al Palazzo dei Congressi, dal 20 al 25 luglio 1930. Presidente onorario ne sarà il prof. Roux; presidente effettivo il prof. Bordet.

I lavori saranno ripartiti in tre Sezioni: 1) Microbiologia medica e veterinaria; 2) Sierologia e immunità; 3) Botanica e Parassitologia. Saranno presentate le 14 relazioni; relatori italiani saranno i proff. G. Vernoni, Sanarelli, Belfanti, Lattes e Carbone.

Avranno anche luogo numero conferenze e dimostrazioni di laboratorio.

Per le comunicazioni rivolgersi al segretario del Congresso: Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, 26 rue Dutot, Paris XV.

Per le iscrizioni rivolgersi direttamente al tesoriere del Congresso: G. Masson, Editeur, 120 boulevard Saint Germain, Paris VI, inviando la somma di franchi 100.

Per qualsiasi informazione e schiarimenti rivolgersi ai segretari aggiunti: proff. Arnaudi e Dessy, via Darwin 20, Milano.

1° Congresso Internazionale sull'igiene mentale.

In occasione del suddetto Congresso che si terrà a Washington dal 5 al 10 maggio, la Casa Thos. Cook & Son, autorizzata dal Comitato organizzatore, mette fin da ora a disposizione la propria organizzazione per tutto quanto concerne il viaggio e il soggiorno.

Rivolgersi alla sede di Roma (via Vittorio Veneto 9-11, quartiere post. 125).

Una riunione di medici sportivi.

A Pontedilegno (Milano), in correlazione col II Convegno di igiene sportiva e medicina di alta montagna, ha avuto luogo una riunione regionale di medici sportivi, su iniziativa del medico sportivo capo per la Provincia, prof. G. Aiello, e con l'intervento degli ispettori regionali della F. I. M. S. dott. Poggi Longostrevi (Lombardia) e prof. G. Pini (Emilia).

Furono trattati temi di medicina sportiva e discusse le modalità di organizzazione dei servizi medici sportivi per la Lombardia.

Associazione volontari del sangue.

È stata organizzata dallo Studio Ematologico Milanese.

A tutt'oggi il numero dei donatori di sangue è arrivato alla cifra di 82 per Milano (presso a poco la cifra raggiunta a Londra per datori retribuiti).

Questi 82 volontari del sangue costituiscono il Gruppo di Milano Centro e cioè quello a disposizione della città, mentre già si pensa all'organizzazione di altri nuclei in provincia e nei più importanti stabilimenti della zona di Milano; questi ultimi sono piccole formazioni composte da 5 a 10 individui appartenenti alla maestranza dei singoli stabilimenti, preventivamente esaminati.

L'Associazione ha anche un suo organo ufficiale: il « Bollettino Ematologico », edito a cura dello Studio Ematologico Milanese; su questo periodico, che è una Rivista scientifica di immunologia, biochimica e morfologia del sangue, vengono pubblicati i comunicati dell'Associazione, a mezzo dei quali la classe medica viene tenuta continuamente al corrente dello sviluppo e dell'opera svolta dall'Associazione, la quale si completa con una « Fondazione dei volontari del sangue »: questa è costituita colle eventuali offerte pervenute alla Società da qualcuno dei beneficiati dalla trasfusione, che tengono a dare un segno tangibile della loro riconoscenza. L'offerta passa alla « Fondazione » e serve ad aiutare i volontari che ne avessero bisogno o a fare tutti gli ulteriori sviluppi all'Associazione ed alla propaganda.

La iniziativa risale al 1927 ed è dovuta al dott. Vittorio Formentano.

L'Associazione, che ha la sua sede in via Moscova, 18, è costituita ufficialmente dal 10 novembre 1929, con un presidente, il dott. Figari, ed un consiglio direttivo.

Un convegno per la cura del cancro.

Per iniziativa della Sezione Milanese della Lega Italiana per la lotta contro il cancro si sono riuniti il giorno 23 febbr. all'Istituto Vittorio Emanuele III di Milano moltissimi medici di tutta la Lombardia per discutere alcuni interessanti argomenti d'indole pratica riguardanti lo studio e la cura del cancro. Ne riferiamo altrove.

La lotta antitubercolare e l'Associazione combattenti.

L'Associazione nazionale combattenti si è proposta una tenace e decisa propaganda di igiene contro il diffondersi della tubercolosi. A tale scopo è stata diramata alle sezioni della Associazione stessa una circolare, in cui è detto che la lotta contro la tubercolosi deve essere considerata come un episodio della battaglia sostenuta dall'Associazione per la formazione di una coscienza igienica nella massa del popolo. L'Associazione intende più che altro diffondere la profilassi in genere; essa si propone di collaborare con l'impiego delle proprie energie al grande compito che lo Stato si è assunto con una azione che sia di preparazione culturale igienica delle persone.

Le proposte per ora fatte sono due: una scuola di igiene elementare per gli adulti, scuola di non difficile attuazione, nè difficile ad essere intesa. La seconda proposta è lo svolgimento di una precisa idea per ogni adunata. Sarà un'idea capita e ritenuta, perchè chiarita dalle argomentazioni necessarie. Le adunate con lo scopo prefisso della propaganda igienica dovrebbero essere fatte dai Comitati con frequenza quasi ogni settimana, per un'ora.

Generalissimo della serrata battaglia sarà il dott. Carlo Krentzlin, direttore dell'Ufficio di propaganda igienico-sociale dell'Associazione combattenti, coadiuvato dalla presidenza dell'Associazione.

Cassa mutua malattie per i lavoratori agricoli.

Si è riunito nella sede sociale presso la C. N S. F. A., il Consiglio di Amministrazione della Federazione delle Casse mutue malattia per i lavoratori agricoli sotto la presidenza dell'onorevole Razza.

Fu votato ad unanimità il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio, avuto notizia di alcuni voti emessi per richiamare l'attenzione delle due Confederazioni sulle iniziative in corso per la realizzazione di questa forma di previdenza nel campo dell'Agricoltura, osserva che tanto le due Confederazioni di datori e di prestatori di opera quanto la Federazione delle Mutue hanno sempre ispirato la loro attività al criterio di realizzare una forma di previdenza e di assistenza rispondente alle speciali caratteristiche ed alle effettive possibilità economiche dell'agricoltura, oltre che alle reali esigenze dei lavoratori; che la costituzione della Federazione quale organo centrale di studio e di direzione è la migliore garanzia e la volontà dell'organizzazione sindacale di affrontare e risolvere in pieno ma gradualmente il problema dell'assicurazione malattie per tutta la categoria dei lavoratori agricoli sarà realizzata con quella ponderatezza e con quella efficacia di mezzi che la materia richiede anche in relazione al coordinamento con le altre forme di previdenza e di assistenza sanitaria attualmente esistenti ».

Il Consiglio ha quindi esaminate le proposte pervenute da varie Provincie per la costituzione di Casse mutue ed ha affidato ai vari consiglieri le proposte stesse con incarico di raccogliere gli opportuni elementi anche con riunioni da tenere localmente e di riferirne quindi nelle prossime settimane.

Il Policlinico del lavoro a Torino.

Sorgerà ad iniziativa degli industriali torinesi; occuperà un'area di due mila metri quadrati. Il Governo si è compiaciuto con gl'industriali della nuova manifestazione di assistenza sociale connessa con la difesa del patrimonio di energia fisica che appare indispensabile per lo svolgimento della missione assegnata alla Nazione. Il Policlinico del lavoro integrerà efficacemente le altre opere ospitaliere, secondo un beninteso spirito di collaborazione fra le classi sociali.

Cure marine.

La Presidenza della Sezione Talassoterapica dell'Associazione Italiana di Idrologia e Climatologia prega i colleghi che abbiano fatto studi sui risultati prossimi e lontani delle cure marine, e specialmente sui metodi di ricerche relative, di inviare una copia dei lavori al prof. Giulio Ceresole, via Dalmazia 11, Lido, Venezia.

Corsi complementari d'igiene pratica.

Dal 24 marzo al 30 maggio e dal 15 marzo al 15 maggio saranno svolti negli Istituti d'Igiene delle Università di Napoli e di Catania, dei corsi complementari d'igiene, con particolare riguardo alla preparazione ai posti di Ufficiale Sanitario. Tassa L. 300. Modalità consuete.

Associazione cardiologica di Chicago.

Ha tenuto l'adunanza annuale il 14 gennaio. Venne rilevato come le morti da cardiopatie nella città siano aumentate del 21 % durante un decennio: ne furono registrate 7300 nel 1929 e furono 7208 i cardiopazienti trattati nei 17 dispensari cittadini: vi sono compresi 2284 bambini.

Fu annunziata la prossima costruzione del Sanatorio « La Rabida », al Jackson Park; potrà ospitare 175 bambini convalescenti di cardiopatie.

1° Congresso mondiale universitario.

Si è svolto all'Avana; vi assistettero il Ministro italiano presso la Repubblica di Cuba Vivaldi, ed il Segretario del Fascio locale ing. Stefano Calcavecchia. La delegazione ufficiale italiana, integrata dal prof. Pavolini, Rettore dell'Università fiorentina, e dal prof. Lupatelli, Rettore dell'Università di Perugia, venne accolta con entusiastica simpatia ed ha partecipato autorevolmente alle discussioni. I congressisti hanno acclamato ad unanimità l'Italia quale sede del secondo Congresso, che si terrà a Firenze.

Disordini nell'Università di Vienna.

Il Governo austriaco ha ordinato un'inchiesta sui gravi disordini studenteschi prodottisi, or è qualche tempo, a Vienna, diretti contro i professori che contrastano o che sconsigliano il movimento nazionale germanofilo. Fu particolarmente preso di mira il professore di anatomia, Tandler; il suo istituto rimane gravemente danneggiato. Anche l'istituto fisiologico e quello chimico hanno dovuto sospendere temporaneamente il lavoro. Parecchi studenti stranieri furono malmenati e ora minacciano di disertare l'Università, se i disordini si ripeteranno. L'Università è rimasta chiusa per qualche tempo.

Una Mecca per i malati in Austria.

In un villaggio dell'alta Austria, Gellspach, un empirico a nome Zeileis pratica delle cure miracolistiche; egli crea un campo elettrico ad altissima tensione e tocca i malati con una bacchetta di vetro resa luminescente. Ogni trattamento, rapidissimo, importa la spesa di 3 scellini.

Un'inchiesta del prof. Lazarus, elettrologo di Berlino, avrebbe provato trattarsi di ciarlatanismo.

Nel 1929 il villaggio ha ospitato 140.000 pazienti.

Il villaggio, prima insignificante, si sviluppa con rapidità straordinaria: vi si moltiplicano gli alberghi.

Si è spento a 63 anni il prof. LOUIS-J.-M. BARD.

A Lione fu successivamente interno degli ospedali, capo dei lavori di anatomia patologica, professore d'igiene, professore di clinica medica; passò poi ad insegnare la clinica medica a Ginevra, ove rimase 19 anni; quando venne riorganizzata l'Università di Strasburgo, egli vi fu chiamato per insegnare la stessa disciplina. Ultimamente era tornato a Lione.

Innumeri lavori del Bard in igiene, in anatomia patologica e sovratutto in patologia interna, attestano una profonda erudizione, idee vaste e coscienza scientifica. Il suo insegnamento clinico era particolarmente brillante. Egli si distingueva spesso per l'originalità delle idee, che però non sempre ottenevano il generale consenso.

A. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. Roum. de Path. exper. ecc., sett. — J. CANTACUZÈNE e al. Vaccinazioni con B. C. G. — C. J. JONESCO-MILHAIESTI e al. L'epidemia di poliomielite in Romania. — G. EUSTATZIU e V. JONESCO. Patogenesi dell'accesso malarico.

Bull. Ac. de Méd., 5 nov. — A. NETTER. Encefalite vaccinale. — J. CANTACUZÈNE. Vaccinazioni con B. C. G.

Münch. Med. Woch., 15 nov. — MELZNER. L'efedrina nel trattam. degli stati di collasso postoperativi. — DENECKE. Il dolore plantare quale sintoma iniziale della trombosi negli arti infer.

Mediz. Klinik, 15 nov. — M. HENKEL. Aborto abituale e parto anticipato abituale. — C. BRUHUS e al. Contagio delle malattie cutanee da miceti.

Pathologica, 15 nov. — L. MICHELAZZI. Deposizioni di calcio nei reni. — V. ROMANO PERRETTI. Tbc. nodulare diffusa nel miocardio.

Paris Méd., 16 nov. — S. BADRIKIAU. Morbo d'Addison malarico.

Riv. di Cl. Pediatr., ott. — M. SCARSELLA. Possibilità di vaccinare con B. C. G. i bambini che hanno oltrepassato l'età del neonato

Brasil-Med., 2 nov. — L. SODRÉ Trattam. delle fistole ano-rettali con la fucsina fenicata.

Morgagni, 10 nov. — M. SCIBELLI. Ormone della preipofisi e diagn. precoce di gravid.

Riv. San. Sicil., 15 nov. — F. SPECIALE. Trapianto comparativo di tessuto neoplastico e corrispondente tessuto matrice.

Gaz. d. Hôp., 20 nov. — HUTINEL. Sindrome pallore e ipertermia d'Ombrédanne nei lattanti operati.

Arch. di Ostetr. e Gin., nov. — VOLPE. Ematocele da emorragia ovarica non gravidica. — MOMIGLIANO. Cancro sperimentale dell'utero.

Soc. de Chir. de Bucarest, giu. — S. BALCO e V. VLADESCO. Epiplocele irriduttibile, infiammaz. cron. dell'epiploon con amputaz. spontanea.

Presse Méd., 20 nov. — C. ACHARD e al. Equilibrio proteico nel siero dei tubercolotici; suo valore pronostico.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 17 nov. — G. DONINI. Modificazioni plessiche dello spazio costo-iliaco.

Brit. Med. Journ., 23 nov. — D. MCKENZIE. Estirpaz. della tonsilla faringea mediante la diatermia. — D. MCCRAE AATKEN. Trattam. della scoliosi.

Lancet, 23 nov. — R. P. ROWLANDS. Chirurgia della cistifellea e dei dotti biliari. — K. SCHROEDER. La sulfosina nel trattam. della paralisi gen. e altre mal.

Prensa Méd. Argent., 30 ott. — M. R. CASTEX. Eritrocitosi ed eritremia.

Rev. Méd. de Chile, ott. — G. MARAÑON. Equilibrio acido-base nel m. di Addison.

Bull. Acad. de Méd., 12 nov. — A. PETTIT. Siero antipolimielitico dalle scimmie.

Arch. di Patol. e Clin. Med., ott. — L. D'ANTONA e L. CROSETTI. Ricambio idrico-salino nel diabete insip. — E. LUNA. Origine ed essenza della vita.

Mediz. Welt, 23 nov. — C. G. JUNG. Costituz. ed eredità nella psicologia. — A. KRONFELD. I tipi costituzionali. — H. SCHULTZ-HENCKE. Il carattere neurotico.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 24 Marzo 1930 Num. 12

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sezione chirurgica dell'Ospedale "G. B. Morgagni, - Forlì.

Ancora sulla sintonia patologica dell'addome destro (*)

per il prof. SANTE SOLIERI, direttore.

La nota che io pubblicai nella *Sezione pratica del Policlinico* sulla « *Sintonia patologica dell'addome destro* » (1) ha valso a diffondere la conoscenza e la convinzione che in molti casi l'appendice infiammata cronicamente può essere causa principale od unica di una sofferenza grave gastro-duodenale o colecistica. Sofferenza che dalla gastrosuccorea iperacida con spasmo pilorico giunge talora all'ulcera peptica pilorica o duodenale e dalla semplice colica biliare da ritenzione alla colecistite subacuta od acuta febbrile.

Ma non mi è sembrato ancora chiaro nella mente di molti il meccanismo da me illustrato per cui l'appendice flogosata può far sentire influenza dannosa patogenetica su organi così distanti che sembrerebbero non aver rapporti con essa.

Ed infatti la *sintonia patologica dell'addome destro* è da molti accomunata ed inclusa nelle *perivisceriti adesive addominali* descritte in Italia dal Donati (2) e nella *sindrome digestiva cronica dell'addome destro*, descritta dai radiologi Palmieri e Dalla Volta (3).

Ora questo non è esatto nè giusto, perchè io ho detto e scritto altra cosa.

Io cioè ho messo a base della relazione ed interdipendenza morbosa, che suol passare fra appendicite, ulcera piloro-duodenale e colecistite, non un fatto flogistico propagato per via diretta o indiretta dall'appendice al piloro e duodeno ed alla colecisti, ma un riflesso nervoso che ha suo punto di partenza nell'appendice flogosata e che per vie nervose definite si scarica sul piloro, sul duodeno e sulla colecisti, costituendosi elemento patogenetico di gravi e permanenti turbe e conseguenti manifestazioni morbose. Se dunque tutto ciò non è ancora ben compreso, è necessario ripetere e precisare, molto più che sono ora in condizione di poter riferire osservazioni nuove.

Nel 1912 io pubblicai i risultati delle mie

(*) Comunicazione al 36° Congresso della Società Italiana di Chirurgia, 23-26 ottobre 1929, Genova.

prime osservazioni fatte alla biopsia durante gli interventi per appendicite sotto rachianestesia sui « *Mitteillungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.* » (4), perchè esse potevano ad un tempo interessare medici e chirurgi. Era in quel periodo che il *Moynihan* pubblicava i suoi lavori sulla frequente concomitanza dell'appendicite e dell'ulcera duodenale, per cui mi sembrò utile che fossero conosciuti ampiamente i fenomeni da me rilevati, che delle osservazioni cliniche del *Moynihan* rappresentavano quasi una sanzione sperimentale. Ma accadde che, mentre il lavoro fu noto e citato poi ampiamente all'estero, in Italia rimase quasi sconosciuto; ciò può essere stata la causa originaria della confusione, che ho lamentato, dopo uscito il mio articolo sulla sintonia patologica dell'addome destro.

Sino dal 1911, quando incominciai ad usare l'anestesia spinale, che io faccio bassa (nella regione lombare), colpì la mia attenzione questo fenomeno, che le manovre che si eseguiscono sull'angolo ileo-cecale e sull'appendice infiammata determinano immediatamente — *d'emblée* — una reazione vivace nel paziente, che si lagna di crampo o di dolore intollerabile allo stomaco, talora di acidità rovente con esito spesso in vomito incoercibile. Al contrario qualsiasi manovra od operazione demolitiva che si faccia o sull'intestino tenue o sul crasso o sugli organi genitali interni non provoca alcuna molestia o sofferenza al malato che assiste sereno alla propria operazione. Tale fenomeno, che ha il valore di un vero esperimento di fisiopatologia sull'uomo, non poteva interpretarsi altrimenti, data la rapidità di manifestazione, che un riflesso nervoso. L'anatomia consente di determinare le vie di conduzione di esso e cioè:

— plesso sottomucoso di Meissner e plesso mioenterico di Auerbach nell'appendice;
— nervi del mesenteriolo appendicolare;
— plesso mesenterico superiore;
— gangli celiaci;
— nervi intercostali;
— midollo spinale;
— nuclei del vago e nervo vago.

Il vago è per lo stomaco ed il duodeno nervo motorio, vasomotorio e secretorio. Resta così spiegato come per un riflesso vagotonico possa manifestarsi nel corso dell'appendicite non solo il dolore gastrico, ma la gastro-succorrea, lo spasmo pilorico, l'ulcera pilorica o duodenale, lo spasmo dello sfintere di Oddi allo sbocco del coledoco, d'onde la ritenzione biliare nella colecisti con tutte le conseguenze che alla ritenzione possono e sogliono tener dietro.

È interessante la constatazione che, se si pratica in paziente assoggettato all'appendicectomia con anestesia locale, il blocco degli splancnici con imbibizione alla novocaina, il riflesso appendiculo-gastrico manca del tutto. Ciò appunto per la interruzione della via nervosa afferente dell'arco riflesso descritto.

L'osservazione clinica, completata dalle risultanze della biopsia, mi ha dimostrato che individui operati di gastroenterostomia per gastrosuccorrea con spasmo pilorico non sono guariti, sin che non venne praticata in un secondo tempo la rimozione dell'appendice (5), che risultò malata cronicamente.

D'altra parte malati di ulcera duodenale, *in cui la diagnosi era certa,* guarirono dell'ulcera stessa a mezzo della semplice appendicectomia. Tre di questi casi ebbero il controllo di medici locali e di clinici eminenti di Bologna e di Firenze (6).

Di recente un autore inglese, il Mitchell (7), ha richiamato l'attenzione su ciò che io ho sostenuto da quasi un ventennio. Egli dice che si può avere come riflesso appendicolare la sindrome pilorica con iperacidità, spasmo pilorico e vomito, i quali cessano con l'estirpazione dell'appendice. L'appendice infiammata, secondo il Mitchell, può simulare anche sindromi nervose, come neurastenia, isterismo, epilessia e talora anche glicosuria ed acidosi.

Nell'addome destro è da mettere in evidenza una speciale disposizione: tanto nella sezione alta, quanto nella sezione bassa di esso, cioè al principio ed alla fine del chimismo digestivo e dell'assorbimento delle sostanze nutritizie, il contenuto gastroenterico si dirige da sinistra verso destra (stomaco, piloro, duodeno in alto; ultima ansa del tenue, valvola di Varolio, cieco in basso) e vi subisce una brusca deviazione verso basso nella sede alta, verso alto nella sede bassa. In questi due punti impera una sintonia funzionale dimostrata radiologicamente dal Busi (8), poichè all'atto in cui boli di pasto opaco attraversano il piloro verso il duodeno si determinano contrazioni dell'ultima ansa del tenue ed emissione di feci da esso nel cieco attraverso la valvola di Varolio. Tale sintonia fisiologica rende meno incomprensibile la sintonia patologica dell'addome destro da me dimostrata.

E voglio dire che, fra le tante mansioni, di cui molte cervellotiche ed assurde, che si sono volute attribuire all'appendice, mi sembra più logico, alla stregua dei fatti emersi dalla fisiopatologia dell'addome destro, considerare l'appendice come organo od elemento sintonizzante la funzione piloro-duodenale con quella ileo-cecale. Ond'è che, quando l'appendice ab-

bia posizione viziata congenita od acquisita o contenga coproliti o corpi estranei o sia comunque infiammata, ne viene con esito disfunzionale di essa una disintonizzazione di tutto l'ambito piloro-duodenale, intermediario il nervo vago dominatore dall'alto della vita vegetativa.

***

Si può affermare senza esagerazione che per i quattro quinti la patologia del ventre è nell'addome destro; ultima ansa del tenue, cieco ed appendice, colon ascendente, flessura epatica, fegato e vie biliari, duodeno e testa del pancreas, piloro ed antro pilorico, pongono ivi i più gravi problemi diagnostici delle malattie addominali.

Quando si aggiunga la nozione assodata dei legami di innervazione, sintonizzanti la fisiologia e la patologia dei visceri situati nella parte bassa con quella dei visceri della parte alta, la singolare e caratteristica importanza dell'addome destro appare ancora più spiccata.

I mezzi di indagine, che la clinica ha oggi a disposizione (chimici, fisici, microscopici), rendono la diagnosi delle malattie addominali meno difficile di quello che fosse un tempo. Così in molti casi si giunge a fare diagnosi di certezza.

Ma in un altro numero di casi invece la diagnosi rimane dubbia o soltanto di probabilità, perchè spesso i segni clinici sono frusti o imprecisabili o perchè vi sono localizzazioni del male in più di un organo.

Tale condizione di cose si avvera spesso per l'addome destro, appunto per il numero di organi e visceri importanti che in esso si accumulano, per i rapporti anatomici di contiguità, per le relazioni fisiologiche che li governano e per la sintonia patologica che abbiamo visto stabilirsi fra essi.

Chiunque di noi, medico o chirurgo, ha nei suoi ricordi professionali osservazioni in cui il dubbio fu e rimase assillante.

Per queste ragioni ho studiato il modo di rendere la biopsia di tutto l'addome destro completa, facile, non lesiva per il paziente, sistematizzando ed adottando per tutti i casi, in cui vi è sospetto di lesioni consociate nei visceri dell'addome destro, il taglio laparotomico che ho illustrato sul *Policlinico* (9).

Esso, oltre permettere la ispezione di tutti gli organi dell'addome destro, ha il vantaggio di rendere la diuresi e la sintesi così rapide da lasciare la massima parte del tempo di operazione disponibile per eseguire quegli interventi cavitari multipli che il caso richiede (appendicectomia e colecistectomia, appendicectomia e gastroenterostomia, resezione mediogastrica per ulcera, liberazione da aderenze, coledocotomia, duodenotomia, ecc.). La esperienza mi ha dimostrato che soltanto per la resezione gastrica subtotale è opportuno aggiungere la incisione trasversale suppletiva di cui nel lavoro citato è parola.

Il taglio laparotomico per l'addome destro ci ha dato le massime soddisfazioni, perchè ci ha permesso di controllare, completare o correggere la diagnosi clinica o radiologica in senso anatomo-patologico e di eseguire quella o quelle operazioni che lo stato morboso di tutto l'addome destro mostrarono *necessarie*.

L'applicazione frequentissima del taglio laparotomico per l'addome destro ci autorizza a queste affermazioni:

a) In un buon numero di casi la sindrome dell'addome destro, che aveva fatto pensare alla concomitanza di appendicite e colecistite o di appendicite ed ulcera duodenale, era sostenuta puramente dalla flogosi dell'appendice, mentre nessun segno di flogosi era nei visceri alti. L'appendicectomia ha guarito completamente e stabilmente i pazienti. Talora la esistenza di appendicite non era stata nemmeno sospettata, per essere muta la sintomatologia a carico della fossa iliaca destra ed accentuata invece la sintomatologia sottoepatica ed epigastrica.

b) In un certo numero di casi esisteva colecistite, calcolosa o no, concomitante l'appendicite ed allora si è associata la colecistectomia all'appendicectomia.

c) In un certo numero di casi all'appendicite era concomitante ulcera duodenale, per cui all'appendicite si è associata la gastroenterostomia e la stenosi od esclusione pilorica. In un caso era unita all'appendicite ulcera callosa della piccola curvatura, per cui si fece insieme alla appendicectomia la resezione dell'ulcera con gastro-entero-anastomosi posteriore.

d) In un caso di appendicite con idrope dell'organo un'ulcera duodenale aveva preso salda aderenza alla colecisti pure infiammata e retratta; all'appendicectomia si associarono la colecistectomia e la gastroenterostomia posteriore con esclusione pilorica; si ebbe risultato felice.

e) La diffusione del processo infiammatorio dall'appendice al cieco (tiflite, colite ascendente) è evenienza di eccezione, che si ha appena nell'uno per cento dei casi.

f) La presenza di aderenze flogistiche che, partendo dal focolaio appendicitico si estendano in alto attorno alla colecisti ed al duodeno (*periviscerite adesiva*), è stata trovata in un numero tutto affatto esiguo di casi. Non

vanno messe in questa categoria le membrane di Jakson e di Lane che ritengo io pure debbano considerarsi formazioni congenite e che costituiscono un capitolo a sè di patologia.

g) Con relativa frequenza nella sindrome dell'addome destro si è veduta insieme all'appendicite la esistenza del legamento colecistico-colico, studiato da me e dal Parlavecchio in rapporto alla determinazione della colica biliare, ed il legamento colecistico-duodenale illustrato dal Losio. Questa disposizione anatomica sembra favorire il manifestarsi della sindrome dell'addome destro, per cui, eseguita l'appendicectomia, è necessario correggerla a mezzo della sezione delle pliche e consecutiva plastica del peritoneo.

Ora io ho esteso la indicazione del taglio per l'addome destro e lo uso a preferenza del taglio mediano, pur che non si tratti di tumori maligni dello stomaco. Ho l'impressione che gli operati sullo stomaco ed appendicectomizzati ad un tempo col taglio laterale abbiano un decorso post-operatorio più semplice e più facile che gli operati, pur di gastroenterostomia soltanto, col taglio mediano. Infatti, quasi mai hanno vomito o singhiozzo ed in loro la sofferenza respiratoria è lievissima o di breve durata. Penso che la eseguità dei fenomeni gastrici riflessi possa spiegarsi colla rimozione dell'appendice malata, elemento determinante il disequilibrio funzionale del vago. Il minore inceppo alla respirazione si spiega colla sede della incisione, su cui l'atto inspiratorio si fa poco sentire, mentre sulla linea alba ogni inspirazione, nel sollevarsi ed allontanarsi di entrambe le arcate costali, determina una trazione eccentrica dolorosa, che limita la espansione respiratoria coi danni conseguenti ben noti (stasi del piccolo circolo, collasso del polmone, broncopolmonite post-operatoria, ecc.).

Messo così nei giusti termini il contenuto ed il significato della espressione *Sintonia patologica dell'addome destro*, consiglio di adottare su vasta scala il taglio laparotomico da me descritto, in quanto consente la ispezione completa dei vari organi sintonizzati ed agevole trattamento completo delle loro lesioni in un unico tempo.

RIASSUNTO.

L'A. precisa il significato ed il contenuto della espressione « *Sintonia patologica dell'addome destro* » da lui introdotta nella terminologia clinica. Enuncia ulteriori conclusioni sui rapporti intercorrenti tra la fisiopatologia e la patologia dell'appendice; del piloro-duodeno e della colecisti basate sul confronto fra i segni clinici e le risultanze anatomo-patologiche rilevate col taglio laparotomico dall'A. stesso sistematizzato e descritto.

BIBLIOGRAFIA.

(1) SOLIERI S. *Sintonia patologica dell'addome destro.* Policlinico, Sez. pratica, 1925; Mitteilungen aus den Grenzg. der Med. und Ch., 40 Bd., 1927, Jena.

(2) DONATI M. *Periviscériti adesive addominali.* Conferenza tenuta in Pavia, 8 giugno 1929; Riassunto in « Policlinico », Sez. pratica, n. 33, 1929.

(3) PALMIERI e DALLA VOLTA. *Sindrome cronica digestiva dell'addome destro.* Bollettino delle Scienze mediche, anno XCVIII, serie X, vol. IV, 1926, pag. 270.

(4) SOLIERI S. *Ueber den epigastrichen Schmerz bei Appendicitis.* Mitteilungen aus den Grenzg. der Med. und Chir., Bd. 25, 1912.

(5) SOLIERI S. *Su la gastropatia iperacida di origine appendicitica.* Rivista Ospedaliera, n. 10, 1913; Mitteilungen aus den Grenzg. der Med. und Chir., Bd. 26, Heft 5, 1913.

(6) VISANI C. *Sintonia patologica dell'addome destro.* Tesi di Firenze, Clinica Medica, 1927.

(7) MITCHELL. *Il riflesso appendicolare.* British Med. Journal, n. 3464, 1927.

(8) BUSI A. *L'esplorazione radiologica della fossa ileo-cecale.* Giornale di Clinica Med., fascicolo X-XI, 1920.

(9) SOLIERI S. *Il taglio laparotomico per l'addome destro.* Policlinico, Sez. pratica, 1929.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Provinciale di Zara - Sezione Chirurgica.

Echinococco prostatico

per il primario dott. F. GRAZIANI.

« L'echinococco prostatico non è differenziabile dell'echinococco periprostatico e perciò cisti idatidee prostatiche e periprostatiche vanno trattate insieme ». Così nell'Urologia di Nicolich-Ravasini. Comunque, l'affezione è molto rara.

Nelle statistiche infatti non si fa menzione dell'echinococco prostatico. Così nella statistica di Frey, così in quella di Devé, di Villegas, di Verdun, di Potzu, di Cignozzi e mia [1] la quale ultima si riferisce a ben duecento casi di echinococco.

Anche nel lavoro recente del Grifi apparso sulla Sezione chirurgica del *Policlinico* nel settembre scorso, su cento casi operati dal prof. Alessandri, non è menzionato l'echinococco della prostata.

Se qualche caso si è dunque finora avuto, certamente nelle statistiche è stato compreso tra le cisti a localizzazioni varie o tra le cisti retroperitoneali che segnano appena dal 4 al 6 % complessivamente. Non è possibile quindi stabilire il per cento di echinococco della

---

(1) « L'echinococco e sua diffusione in Dalmazia ». Libreria del Provveditorato Generale dello Stato, 1928.

prostata, ma ognuno potrà facilmente arguire quanto raro esso sia.

Posto ciò, ci interesseremo della diagnosi e della cura dell'echinococco prostatico con dati detratti da un nostro caso, tralasciando nella storia, tutto ciò che sarebbe superfluo e ingombrante, per fermarci infine su qualche considerazione patogenetica e anatomo-patologica.

M. B., di anni 40, coniugato, contadino, da Peterzane (Jugoslavia), viene ricoverato d'urgenza il 24 aprile 1928 per ritenzione acuta di urina, sorta improvvisamente.

Vuotammo più di un litro di urina col catetere metallico, perchè non fu possibile introdurre un Nelaton. Il catetere metallico, prima di giungere in vescica, si incontrò presso al collo, con un corpo teso elastico, quasi un gradino che sormontò con una lieve spinta impressa dalla mano. Non era la sensazione di un calcolo o di un tumore duro; se mai si poteva pensare ad un adenoma prostatico. Il paziente però aveva solo 40 anni e negava per giunta, blenorragia.

L'interesse del caso però aumentò quando dopo vuotata la vescica, la tumefazione addominale preesistente non scomparve, ma si ridusse solo di poco, rimanendo pressochè all'altezza della linea ombelicale; consistenza duro-elastica, non spostabile, liscia.

Nella fossa iliaca destra inoltre, si percepiva altra tumefazione della grandezza di un mandarino, di consistenza dura, poco spostabile, bernoccoluta. Nella fossa iliaca sinistra profondamente si apprezza anche qualche cosa di duro, ma indistintamente; tumore di milza per sofferta malaria e lieve aumento del margine epatico. Il fegato del resto è normale per consistenza e regolarità del margine; non è dolente.

All'esplorazione rettale si percepisce una tumefazione in corrispondenza della prostata della quale non si palpano i lobi. La tumefazione è liscia, duro-elastica, protuberante nel retto, di volume e di forma come un grosso uovo di gallina; non ballottamento tra retto e addome.

Cistoscopia: lieve iperemia delle mucose; sollevati e distesi il bassofondo e il trigono.

La radioscopia non dà elementi diagnostici.

L'esame dell'urina rivela lieve albuminuria; non elementi ematici, nè altro di importante.

Wassermann negativa; assenza di febbre.

Di fronte al tumore percepibile dal retto ed esteso all'addome e sopratutto per i rilievi delle tumefazioni delle fosse inguinali, per l'assenza di disturbi precedenti, per la scadente nutrizione organica, a prima vista si sarebbe potuto pensare ad un tumore della prostata e di natura maligna, avendo già escluso l'adenoma.

Il sarcoma che in genere prende origine da un lobo, invade poi tutta la glandola ed il connettivo periprostatico e pelvico, risale nella cavità addominale, infiltra e sposta vasi, nervi, vescica, retto, peritoneo, cute dell'addome e del perineo. La superficie del neoplasma è in genere liscia, ma talora bernoccoluta, la consistenza elastica, talora dura, talora tendente al molle; ma tale consistenza non è uniformemente eguale. L'esplorazione del retto denota una tumefazione liscia, più o meno dura, di varia grandezza.

Mancava però il dolore spontaneo che nel sarcoma esiste sempre, nè l'età parlava per il sarcoma. Le statistiche più recenti dànno il 50 % dei casi prima dei 10 anni, il 25 % dai 10 ai 30. Dai 30 ai 50 solamente il 5 % e si risale al 20 % dopo i 50 anni.

Inoltre una invasione sarcomatosa della estensione come nel nostro caso, non avrebbe solo compressa la vescica, ma l'avrebbe invasa determinando vegetazioni polipose, ulcerazioni del trigono e del collo con tutte le conseguenze.

Infine con tale diffusione il paziente sarebbe già dovuto essere in preda a cachessia e similmente se si fosse trattato di carcinoma il quale del resto, avrebbe avuto molti caratteri identici al sarcoma.

Ovvia era ogni differenziazione con papillomatosi vescicale e con la prostatite tubercolare. Solo l'ascesso prostatico avrebbe potuto in gran parte dare i rilievi del nostro caso, ma troppo estesa era la tumefazione addominale e d'altra parte anche per questo qui mancava il dolore spontaneo e specialmente la febbre.

Unica supposizione logica rimaneva quella di una cisti prostatica e per la frequenza dell'echinococco in Dalmazia, di una cisti echinococcica ad onta della rarità della localizzazione. Per tale diagnosi stavano i sintomi rilevati, (ad onta che non vi fosse netta fluttuazione, nè ballottamento e tanto meno fremito idatideo) l'età del paziente, l'assenza di lesioni endovescicali e di febbre.

Poteva essere contro la nostra diagnosi, la durezza quasi lignea e la superficie bernoccoluta delle tumefazioni inguinali. Ma la Casoni positiva diradò ogni dubbio e perciò ritenemmo che le tumefazioni inguinali fossero cisti figlie esogene calcificate.

Seguendo la via perineale generalmente consigliata, ben difficilmente avremmo potuto enucleare la cisti e impossibile ci sarebbe riuscito di aggredire le cisti figlie delle fosse inguinali, tranne che con nuovo intervento per l'addome.

Preferimmo quindi a priori la via laparotomica.

1-V-1928: Cloromorfionarcosi. Laparotomia mediana soprapubica allungata per tre dita trasverse sopra l'ombelico.

Rinveniamo la vescica compressa contro il pube e la plica retto-vescicale sollevata e distesa enormemente, spingendo in alto le anse intestinali.

Sui margini latero-superiori della plica sollevata rinveniamo subito le due tumefazioni, veri grappoli idatidei, ciascuno del complessivo volume di un mandarino; più superficiale a destra e di volume complessivo maggiore; più profondo a sinistra; composti di numerose cisti di varia grandezza da quella di un pisello a quella di una piccola noce; incastrate tra loro; alcune in via di calcificazione, altre completamente calcificate; aderenti sul peritoneo parietale da cui le recidemmo.

Aprimmo la plica rettovescicale e ci trovammo in presenza di una voluminosa cisti della grossezza di un piccolo cocomero, a parete liscia, bianco lattescente. Prima di procedere all'asportazione di essa, di fronte alla evenienza di una rottura con successiva invasione intraperitoneale, opponemmo la protezione completa della cavità peritoneale con la marsupializzazione sul peritoneo anteriore della plica aperta, proteggendo inoltre per il momento la sutura con garza. Scol-

lammo quindi la cisti e l'asportammo, dopo aver reciso con le forbici qualche aderenza che la teneva fissata profondamente presso la prostata. Procedemmo quindi alla revisione del fondo, sulla prostata atrofizzata, raschiando col cucchiaio e asportando ancora con le pinze altre cinque cisti di grandezza variabile da una noce avellana ad una mela, in mezzo a discreto liquido siero-ematico. Lavammo la cavità del Douglas con soluzione fisiologica prima e con zimargolo poi e zaffammo con garza iodoformica, applicando il drenaggio di gomma e restringendo la marsupializzazione.

Nei giorni successivi vi fu risentimento peritoneale e alle medicature continuarono a fuoriuscire spontaneamente varie piccole cisti in mezzo ad abbondante liquido torbido nel quale riscontrammo ancora uncini al microscopio.

Nell'interno della cisti madre ripiena di liquido caratteristico, erano anche tre cisti endogene ciascuna della grossezza di una noce.

L'emissione di liquido dalla cavità continuò ancora, sebbene in minor quantità, per cinque o sei giorni; intervenne febbre, mentre la reazione peritoneale continuava. Allora incidemmo sul perineo praticando una controapertura, raschiando membrane e aderenze prostatiche e periprostatiche e facendo passare un grosso drenaggio di gomma dall'apertura addominale a quella perineale. Attraverso a tale tubo, ricambiato a giorni alterni, potemmo agire con grandi lavaggi di soluzione formalinica all'1 %.

L'ammalato gradatamente migliorò e dopo 25 giorni ottenemmo la guarigione.

La guarigione abbastanza rapida fu dovuta certamente all'operazione per via laparotomica, mentre in una donna da noi altra volta operata sul fornice posteriore per echinococco del Douglas, la guarigione si ottenne molto tardivamente e dopo molte complicazioni.

La via laparotomica pertanto ritengo sia da preferirsi ogni volta che una cisti prostatica venga ad essere palpata all'ipogastrio, oltre che per il retto.

* * *

Dopo pochi giorni dall'operazione, durante le ripetute osservazioni dell'addome constatammo ingrandimento del fegato che debordava due dita dall'arcata costale. E quando fu possibile la palpazione più accurata, riscontrammo verso il lato mediale del margine epatico una tumefazione duro-elastica liscia.

Guarito pertanto il paziente dall'operazione e rimessosi alquanto nelle condizioni generali, pensando ad una cisti echinococcica del fegato, passammo ad una nuova operazione dopo 53 giorni dalla prima.

23-VI-1928: Cloroformionarcosi. Laparotomia sottocostale destra: fegato sulla sua superficie postero-inferiore, sparso di parecchie cisti di echinococco variamente approfondite nel parenchima, variamente addossate o meno tra loro; alcune solitarie, altre a grappoli come le due addominali della precedente operazione, e come quella, calcificate o in via di calcificazione; qualcuna proveniente dal lobo quadrato aderente sul piloro, sul duodeno e sul colon; la più voluminosa anch'essa sul lobo quadrato, scendeva addossandosi alla cistifellea, foggiandosi a doccia sulla convessità postero-mediale di essa sorpassandola poi sul margine antero-inferiore epatico e da questo debordando per circa due dita.

Difficile e lunga fu l'enucleazione con o senza resezione epatica, per asportare tutte le cisti dopo di che, dovemmo riparare con suture del fegato e con qualche sutura siero-sierosa in alcuni punti dell'intestino. Per non prolungare ulteriormente un intervento già lungo (1 ora e 15 m.) in un individuo che aveva da poco subìto altro intervento grave, marsupializzammo la cisti più voluminosa e apertala, insieme al liquido uscirono tre cisti figlie della grossezza ciascuna di una piccola noce.

Decorso postoperatorio piuttosto accidentato; reazione peritoneale, orticaria ricorrente, febbre e dopo sei giorni piccola fistola stercoracea che richiese nuovo trattamento chirurgico.

Infine il paziente guarito, fu dimesso il 26 agosto 1928.

È palese l'interesse del caso specialmente dal punto di vista diagnostico e operatorio. Ma vi sono altre importanti osservazioni.

Nei primi esami clinici, nulla riscontrammo di notevole al fegato, mentre dopo la prima operazione, a distanza di qualche giorno, notammo la tumefazione data, come poi vedemmo, dalla cisti più voluminosa.

Non è a dire che tale cisti non preesistesse all'operazione: ma è certo che il primo traumatismo operatorio agì come stimolo per un più rapido accrescimento della cisti. Tale fenomeno si verifica nelle cisti idatidee, come in tutte le altre cisti. Così avvenne anche nel nostro caso, mentre sia la cisti più voluminosa e sia le altre preesistevano e da tempo tanto che esse si presentavano in diverso stadio di sviluppo e di metamorfosi.

Ma preesisteva l'infestazione epatica a quella prostatica e pelvica? Si dovrebbe pensare di sì e spiegare il fatto con la rottura di una cisti epatica e l'impianto altrove di cisti figlie.

Ma in primo luogo, l'individuo non era stato mai malato prima di allora, mentre le rotture idatidee intraddominali sono sempre seguite da fenomeni peritoneali più o meno pronunziati e da fenomeni anafilattici.

In secondo luogo, non sarebbe stato facile in seguito ad una disseminazione intraperitoneale di cisti figlie o di embrioni, che delle cisti o gli embrioni si fossero trapiantati nel retroperitoneo e sulla prostata. Al massimo questo fatto avrebbe potuto spiegarci l'impianto delle due cisti addominali, sebbene sia risaputo che cisti figlie rese libere, in genere s'impiantano in prossimità della cisti madre e quanto agli embrioni, non potevano dare cisti che poi per volume e per metamorfosi (calcificazione), fossero identiche alla cisti madre, ma se mai data la lentezza di sviluppo dell'echinoccoco, avrebbero dovuto avere segni di maggiore gio-

vinezza e non di calcificazione ch'è uno stadio già regressivo.

Posto ciò, bisogna pensare che nel nostro caso si sia trattato di echinococco primitivo diffuso multiplo.

Nell'echinococco primitivo multiplo infatti abbiamo vescicole in vario periodo di sviluppo e in vario periodo di degenerazione, che si trovano sopra uno stesso organo (echinococco circoscritto) o su diversi organi (echinococco diffuso) anche lontani tra loro.

Nel nostro caso *per identica ragione fisiopatologica le oncospere ingerite si fermarono in gran parte sul fegato.* Ma altre oncospere, vinto l'ostacolo epatico, attraverso alla circolazione sanguigna per il cuore destro, per i polmoni, per il cuore di nuovo e quindi per l'aorta discendente, per l'iliaca, per l'ipogastrica e per le vescicali inferiori e le emorroidarie medie, giunsero alla prostata. Per la stessa via giunsero alla porzione pelvica dell'uretere destro e sinistro; porzione ch'è anche irrorata da rami dell'ipogastrica e specialmente delle vescicali stesse. E se noi diamo un rapido sguardo alla distribuzione dei vasi e alla posizione degli ureteri in tale porzione, troveremo anche ragione dei particolari della infestazione periureterica. La porzione pelvica-discendente o parietale dell'uretere riposa immediatamente sull'arteria iliaca interna, a destra sulla faccia anteriore, a sinistra sulla faccia interna. Il peritoneo parietale che lo ricopre in tutta la sua estensione, lo applica contro l'arteria e vi si foggia ventralmente a formare un rilievo più o meno accentuato a seconda del maggiore o minore sviluppo dei gettoni fibrosi studiati da Cabot, che vanno dall'uretere al peritoneo e tra i quali scorrono i vasi dell'uretere. Questi in basso sono dati specialmente dalle arterie vescicali che poi si anastomizzano con le arterie laterali dell'uretere, le quali come dimostrò il Margarucci, risultano dalla divisione dell'arteria ureterica anteriore, ramo della renale.

Orbene gli embrioni liberi dopo l'infestazione prostatica, risalendo per le vescicali, rimasero fissati nella fitta rete anastomotica; a destra più superficialmente (e le cisti erano più superficiali e più libere nella loro espansione) perchè l'uretere e rispettivamente i fasci fibrosi ureteroperitoneali, i vasi e il rilievo peritoneale riposano anteriormente all'ipogastrica; a sinistra più profondamente per la posizione più interna di tali formazioni rispetto all'ipogastrica.

Gli embrioni si fermano e si fissano in un organo o per la predilezione dell'organo stesso o per minorata resistenza dell'organo o per una causa occasionale.

La prostata è un organo poco prediletto, ma quando l'embrione vi si fissa potrebbe ciò trovare la ragione oltre che in una causa occasionale che a noi sfugge, anche per l'intricata rete dei capillari che si aggroviglia in esso a maglie molto strette, onde l'embrione esacanto più facilmente può arrestarvisi.

Le arterie della prostata infatti di piccolo calibro di per sè stesse, si ramificano nello spessore dell'organo e formano attorno agli sfondati glandolari, una rete capillare a maglie poligonali molto strette. Il plesso venoso vescico-prostatico comunica in avanti col plesso del Santorini, indietro col plesso seminale nel quale terminano anche la maggior parte delle vene della porzione addominale dell'uretere.

Questo quadro anatomico in conclusione, ci fa intendere come nel nostro caso per una infestazione multipla, mentre alcuni embrioni si fissarono sul fegato altri rimasero impigliati nella prostata o negli spazi peri-prostatici e lungo la porzione pelvica degli ureteri.

Dalla letteratura non mi risultano casi identici al mio. Zara, 4-1-1930.

RIASSUNTO.

L'echinococco prostatico è rarissimo specie se primitivo. Ho perciò trattato un caso di echinococco primitivo multiplo diffuso con localizzazione epatica, prostatica e paraureterale. Operatoriamente, sebbene gli autori consiglino la via perineale, io ritengo che quando la cisti si palpa nettamente all'ipogastrio, oltre che al retto, la via preferibile sia la laparotomica aggiungendo se mai, una controapertura perineale; tale il processo da me seguito e del quale ho descritto la tecnica. Si potrà così enucleare, anzichè marsupializzare, la cisti prostatica insieme con eventuali altre cisti intrapelviche.

TECNICA.

OSPEDALE CELESIA DI GENOVA - RIVAROLO
Prof. MACAGGI G. B.,
direttore e chirurgo primario incaricato.

Sulla tecnica dell'appendicectomia.

Dott. GIOVANNI ROCCA, aiuto onorario.

La correttezza operativa e la precisione tecnica che l'asepsi esige mi hanno indotto alla comunicazione della presente breve nota allo scopo di far conoscere una speciale modalità di trattamento affondante dopo amputazione della appendice, nè mi è di ritegno il fatto che l'appendicectomia rappresenta oggi un argomento sorpassato nell'attività letteraria. A noi pratici basta l'osservazione della sua larga percentuale sulla totalità operativa ospedaliera per riconoscere alla asportazione della appendice un posto di notevole importanza a lato della erniotomia a cui oggi contende il primato numerico, e per giustificare tutto ciò che, migliorando la tecnica, ci concede di ottenere risultati più soddisfacenti.

L'appendicectomia a freddo è una operazione tipica che, per essere eseguita correttamente, richiede nel campo dell'asepsi particolare attenzione. Invero gli esiti sono stati sempre così buoni che gli AA. non hanno quasi mai rivolto la propria attenzione a stabilire miglioramenti tecnici; ma è indubbio che non tutte le appendicectomie guariscono *per primam* malgrado che l'anatomia patologica del caso e la tecnica opportunamente seguita diano il più largo affidamento di normale decorso. Devono dunque esistere delle cause di inquinamento che possono sfuggire o che sono note ma a cui non si dà l'importanza meritata.

A noi sembra che in questo senso il momento più delicato sia rappresentato dalla amputazione del verme e dal trattamento del moncone residuo, perchè (se noi facciamo eccezione per il metodo del manichetto sieromuscolare di Lejars a cui può farsi la principale obbiezione della dubbia vitalità del manichetto stesso) è consuetudine pressochè universalmente diffusa di amputare l'appendice col termocauterio previo svuotamento di essa mediante manovre opportune e sua legatura.

Il moncone residuo, legato e cauterizzato, è sicuramente sterile? Io non credo, e le manovre successive, destinate all'applicazione in posto di una sutura a borsa di tabacco, sono pericolose per i contatti che il moncone sezionato quasi inevitabilmente ha con divaricatori, istrumenti, compresse addominali e guanti, se non direttamente colle anse intestinali, con l'omento o colla parete addominale cruentata.

Poichè io ritengo che solo questo tempo della appendicectomia possa presentare pericolo di sepsi, credo di aver ridotto al minimo, se non di aver annullato, la possibilità di infezione mediante un accorgimento semplice e facile che consiste nel *porre il filo della sutura circolare affondante a borsa di tabacco prima di procedere alla termosezione dell'appendice.*

Il pratico può facilmente comprendere che con tale accorgimento di tecnica l'operazione è in condizioni di minore asepsi soltanto durante quel momento che l'operatore impiega ad amputare l'organo ed affondarne il moncincino residuo mentre l'aiuto stringe la sutura a borsa precedentemente impostata; che durante l'applicazione della sutura stessa la presenza dell'appendice già convenientemente preparata dal suo meso può essere di buon ausilio per dare al cieco gli spostamenti voluti nelle varie trafissioni della sua parete; che starà alla accortezza del chirurgo di saper applicare l'accorgimento da me consigliato nei casi opportuni che sono veramente i più numerosi, escludendolo in quei casi in cui deve essere prima cura quella di asportare, in quanto una appendice con periappendicite fibrinopurulenta od una endoappendicite con ascesso od ancora una appendice ulcerata costituiscono un pericolo maggiore di un moncone residuo ad amputazione appendicolare.

Genova-Rivarolo, 1° settembre 1929.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un accorgimento che consiste nel porre il filo della sutura circolare affondante a borsa di tabacco prima di procedere alla termosezione dell'appendice.

COMMENTI.

A proposito dell'apparecchio " Fazzari ".

Mi permetto di scrivere poche e *definitive* righe di risposta all'articolo del dott. Luzzatto-Fegiz (*Policlinico*, Sez. pratica, n. 7) accennando solo a quelle che potrebbero sembrare considerazioni di un certo interesse, trascurando il resto.

1) In merito all'obiezione che non sia necessario adoperare nei rifornimenti aria filtrata, mi limito a far osservare, a parte delle altre considerazioni, che mi sembra per lo meno strano ritenere un inconveniente il poter lavorare in completa sicurezza di sterilità, quando specialmente ciò si può ottenere *senza perdita di tempo* e *automaticamente.*

2) Per quanto riguarda la comodità di operare con una mano sola ciò è da me tenuto in speciale considerazione perchè impedisce anche spostamenti dell'ago, nocivi nelle condizioni da me accennate nel primo articolo.

3) Per il timore, dal dott. Luzzatto-Fegiz espresso, di una possibile penetrazione di aria nei vasi per guasti nei rubinetti automatici, faccio semplicemente riflettere che, di solito, l'operatore controlla sempre a vuoto l'ago e l'apparecchio, di qualunque tipo esso sia. Inoltre per la speciale conformazione dell'ago se il rubinetto *M* non scatta, l'operatore se ne accorge subito, *prima ancora cioè che il mandrino sia tolto completamente* e vi sia quindi la possibilità di penetrazione dell'aria essendo esso calibrato.

Ma anche volendo fare a meno di queste elementari cure, basta aprire il rubinetto d'arresto, di cui è fornita l'ampolla, dopo che l'ago è infisso ed il manometro ha oscillato, anzichè prima, per togliere qualsiasi lontano timore!!!

4) Riguardo poi alle conclusioni del dott. Luzzatto-Fegiz, che sono basate esclusivamente su preconcetti, opporrò solo il fatto che, come era logico del resto supporre, prima di rendere di pubblica ragione l'apparecchio, io ne avevo affidato un esemplare da parecchi mesi alla serena obiettività dei dirigenti del Sanatorio Cervello per collaudarlo, e solo dopo aver conosciuti i risultati favorevoli (comunicati al III Congresso nazionale antitubercolare) ne ho divulgato i disegni.

Palermo, 1930.

I. FAZZARI.

SUNTI E RASSEGNE.

CIRCOLAZIONE.

L'ipotensione arteriosa.

È stato questo uno dei temi di relazione al XX Congresso francese di medicina, tenutosi a Montpellier, nell'ottobre 1929. Riuniamo qui il sunto delle relazioni e delle comunicazioni fatte al detto Congresso, e di qualche altro lavoro sullo stesso argomento, facendo rilevare che è merito di A. Ferrannini quello di avere isolato fin dal 1903 la sindrome di arteroipotensione permanente, quale viene oggi accettata dagli autori (V. anche in seguito la relazione dello stesso Ferrannini).

Facciamo precedere i sunti da alcuni concetti generali desunti dal lavoro di A. Luisada (*Ipotensione e iposfigmia - deficienze di circolo.* L. Pozzi ed. Roma); l'A. ha dedicato sette anni allo studio di questo argomento, pubblicando questo volume parecchi mesi prima del citato Congresso.

CONCETTI GENERALI SULL'IPERTENSIONE.

A. Luisada (*Ipotensione e iposfigmia*, Pozzi ed., Roma) osserva che la questione dell'ipotensione arteriosa ha finora scarsamente attratto l'attenzione degli studiosi; l'ipotensione non è compresa nel novero dei quadri patologici che il medico pratico abitualmente ricerca e riconosce. Questo deriva in gran parte dalla errata impostazione fisiologica e patologica del problema, per cui si è creduto di potere spiegare con eccessiva semplicità ogni abbassamento tensivo; la creduta facilità di interpetrazione ha tolto ogni curiosità scientifica ai ricercatori. Ma il fatto deriva in modo anche maggiore da una scarsa valutazione dell'importanza del problema, poichè spesso, non conoscendosi bene i limiti, i sintomi, le conseguenze delle sindromi ipotensive, queste sono state relegate in un secondo piano di fronte ad altre sindromi circolatorie.

L'ipotensione ha avuto un periodo di moda, in seguito agli studî di Conheim, ma è stata poi detronizzata, specialmente per opera di Huchard, dall'ipertensione, di cui il concetto si è venuto poi esageratamente diffondendo fra i profani.

Ora, è giunto il momento di porre in giusta luce l'importanza che le sindromi ipotensive hanno, dal punto di vista clinico, da quello puramente patologico e da quello sociale. Bisogna riconoscere, infatti, come gli ipotèsi siano una numerosa schiera di individui minorati fisicamente e moralmente. Le forme costituzionali contribuiscono ad aumentare il numero di questi individui che spesso sono considerati dei malati, che talora sono ritenuti

degli inetti. Si tratta veramente di un numero grande di individui, di cui l'efficenza è minore della norma e di cui lo studio presenta notevole interesse.

Le forme ipotensive sono *sindromi di debolezza circolatoria*, di deficienza di uno o dell'altro organo del circolo, di squilibrio circolatorio. Squilibrio e deficienza rappresentate e poste in evidenza nel circolo arterioso dagli abbassamenti di pressione (ipotensioni) e dalle diminuzioni di pulsatilità (iposfigmie), che sono quindi l'esponente migliore del disturbo esistente.

Ma vi è poi un secondo problema se cioè queste sindromi esprimano lo scarso lavoro degli organi del circolo, siano cioè una manifestazione di una scarsa vitalità, o non siano invece espressione di un disquilibrio circolatorio. Non è possibile in questo campo una divisione netta, poichè vi sono casi che rientrano o nell'una o nell'altra di tali categorie; il disquilibrio circolatorio, p. es., è dimostrato dal fatto che, all'ipotensione arteriosa omerale fa contrasto l'ipertensione particolare in altri bacini idraulici dell'organismo, mentre in altri casi, si vede che l'ipotensione esprime in realtà la scarsa vitalità dell'organismo.

Di grande importanza si presenta lo studio delle *forme ipotensive costituzionali*, in cui è presente un basso livello di pressione od una scarsa pulsatilità arteriosa; tali fenomeni sono abituali e l'organismo è costrutto con essi o per essi o vi si è adattato nel corso del tempo.

Queste forme ipotensive costituzionali hanno il loro fondamento nella somma dei caratteri ereditarî od acquisiti che determinano la particolare costituzione morfologica ed endocrina degli individui. I centri regolatori non reagiscono che in minima parte per ovviare alla deficienza tensiva.

L'A. distingue due classi di forme costituzionali ipotensive.

1) Individui con ipotensione attiva (ipervagotonici) per buon funzionamento periferico: in essi l'ipotensione costituisce un fenomeno utile ed i disturbi sono scarsi e non imputabili all'ipotensione.

2) Individui con ipotensione da particolare deficienza costituzionale cardiaca e di individui con iposfigmia per deficienza costituzionale delle arterie (questi ultimi costituiscono la grande maggioranza).

I disturbi a carico dell'irrigazione cerebrale (dalle vertigini alle sincopi, l'astenia e l'abulia, la cefalea, i disturbi del circolo periferico (acrocianosi, acroperfrigerazione, disturbi trofici), quelli soggettivi a carico dell'apparato circolatorio, quelli dell'apparato digerente ed urinario *sono in parte espressione del complesso costituzionale* e, quindi, un fenomeno in parte parallelo ed in parte conseguenza diretta della deficienza tensiva.

Nel determinismo delle forme ipotensive costituzionali hanno grande importanza i fattori: luce, alimentazione, esercizio fisico che, con la loro scarsezza, aggravano le condizioni ereditariamente ricevute e trasmettono da una generazione all'altra sempre più gravi le debolezze costituzionali che ne sono la base. Considerate in questo senso, tali forme costituzionali sono assai più frequenti nelle città che nelle campagne e meritano particolare attenzione da parte di medici e di sociologi per mettere in piena efficienza una parte notevole di individui così minorati.

L'IPOTENSIONE ARTERIOSA PERMANENTE IDIOPATICA

C. Lian e A. Blondel (*XX Congresso francese di medicina*, Montpellier, 1929) osservano che la sindrome è costituita da 4 grandi *sintomi*:

1) Abbassamento permanente della tensione (massima 10,5, minima 5-6 col metodo ascoltatorio);

2) Facile stancabilità, che spesso restringe l'attività dell'individuo, che ha anche bisogno di lunghe notti di sonno; talvolta però questi individui sono molto attivi;

3) Tendenza alle lipotimie, sincopi, abbarbagliamenti di vista;

4) Acrocianosi: estremità un po' fredde, violacee, raramente infiltrate, freddolosità.

Vi sono *forme cliniche* diverse (astenica, sincopale, cefalalgica, renale, ortostatica). Possono coesistere l'aerogastrocolia, la costipazione, la visceroptosi. Le complicazioni sono rappresentate dalla insufficienza cardiaca e dallo stato di « shock ».

Per quanto riguarda la *patogenesi*, l'ipotensione permanente idiopatica è l'espressione di un doppio perturbamento: l'ipotonia arteriosa e la diminuzione moderata dell'attività cardiaca. I perturbamenti del metabolismo cellulare e del sistema nervoso vegetativo agiscono contemporaneamente sui vasi e sul cuore.

Il disturbo cardio-vascolare è alla dipendenza di una diminuzione di attività del metasimpatico cardio-arterioso, cioè degli elementi nervosi vegetativi situati nello spessore delle pareti del cuore e delle arterie. Vi si aggiunge probabilmente una diminuzione di attività dei centri e dei nervi vasomotori del gran simpatico.

Dal punto di vista umorale, vi è un leggero aumento dello jone K ed una diminuzione dello jone Ca. Il metabolismo è normale od abbassato, l'equilibrio acido-base sensibilmente normale, la glicemia e la colesterinemia normali o diminuite, condizioni opposte a quelle degli ipertesi. Vi si aggiunge probabilmente una ipoadrenalinemia.

Nella *diagnosi*, si tenga presente la possibilità di confusione con le neuropatie, l'ipocondria, la tubercolosi; talvolta si può credere ad una stenosi mitralica; prendere sempre la pressione ad entrambe le braccia.

LE IPOTENSIONI ACUTE E SUBACUTE.

A. Dumas (*ibidem*) distingue anzitutto le ipotensioni secondarie d'importanza relativa da quelle in cui è l'ipotensione stessa che domina la scena ed orienta la diagnosi. Le ipotensioni acute differiscono essenzialmente da quelle croniche, che derivano da uno stato di adattamento dell'apparato regolatore della tensione sanguigna a bisogni tensionali ristretti da parte dell'organismo.

Le ipotensioni acute e subacute riconoscono le seguenti origini:

1) *cardiaca* (arresto del cuore, disturbi di ritmo, di contrattilità, insufficienza ventricolare sinistra);

2) *vascolare* (perdite di sangue, di liquidi, stati di « shock », collasso nelle malattie infettive);

3) *nervosa;*

4) *endocrina.*

Sintomatologicamente si hanno:

1) manifestazioni extracircolatorie interessanti il sistema nervoso centrale (stordimenti, sincopi, vertigini, convulsioni, coma, disturbi psichici), o gli organi dei sensi (accidenti oculari od uditivi;

2) manifestazioni cardiovascolari: sindrome di angioipotonia di Ferrannini: tachicardia, aritmie diverse, rumore di galoppo, dilatazione od ipertrofia cardiaca, modificazioni del polso e del circolo venoso.

Vi sono diverse varietà sintomatiche (sincopale, dolorosa, digestiva, ecc.).

L'ipotensione si ha nelle malattie infettive (tifoide, polmonite), nelle affezioni cardiache (insufficienza, disturbi del ritmo, infarto del miocardio), nelle malattie del fegato, del tubo digerente (stenosi cancerose), delle affezioni idropigene, del sistema nervoso (emorragia cerebrale, puntura lombare, tabe), nelle crisi simpatiche e negli stati di « shock», nelle sindromi endocrine (insufficienza surrenale).

L'A. distingue poi l'*involuzione tensionale* (quale si ha in individui dapprima ipertèsi) dall'*insufficienza tensionale*, che si ha nella ipotonia arteriosa primitiva, la quale può provocare, a sua volta, dei disturbi cardiaci o degli stati di subsistolia di origine periferica.

Il trattamento varierà secondo la causa: medicazione toni-cardiaca, vasocostrittiva (stricnina, ergotina, balneazione fredda, tonici), a cui si aggiungeranno utilmente l'adrenalina o gli estratti totali di ghiandola surrenale o di tiroide.

L'ARTEROIPOTENSIONE PERMANENTE AD ANDAMENTO IDIOPATICO.

A. Ferrannini (*ibidem*) fa presente che 26 anni or sono fondò il nuovo tipo morboso, tema di relazione nell'attuale Congresso e che, nel primo lavoro pubblicato nel 1903, per designare il nuovo quadro morboso individualizzato aveva adottata la denominazione « Arteroipotensione cronica o permanente », la identica denominazione adottata oggi da due relatori, Lian e Blondel di Parigi. Nell'anno seguente, nel 1904, preferì la espressione « Angio-ipotonia costituzionale » per lo scopo pratico di rendere più deterministica la concezione che il difetto di tensione, nel tipo morboso individualizzato, dipendeva primitivamente o idopaticamente dai vasi, non già dal cuore. La ipotensione dipendente principalmente dal cuore o simultaneamente dal cuore e dai vasi era notissima da tempo, non poteva essere materia di un nuovo quadro clinico.

Le modificazioni dell'equilibrio acido-base, del rapporto tra calcio e potassio ed altre modificazioni fisico-chimiche del sangue, sono la comprova di laboratorio di quanto l'A. aveva clinicamente dimostrato sin dal 1903, cioè che l'anomalia dell'angioipotonia negl'infermi studiata, assurgeva a tale importanza da dare l'impronta a tutto il quadro morboso, perciò denominato nel modo speciale; ma dietro la sindrome apparentemente meccanico-idraulica della angioipotonia l'A. aveva indicato tutto un complesso di perturbamenti umorali e morfologici, con grave ripercussione sui vari organi, specialmente sui reni e sul fegato, da prospettare perciò che trattavasi di anomalia di tutta la costituzione personale, non già dei soli vasi. Il relatore Lian ha esplicitamente affermato che in alcuni infermi la sindrome è di origine costituzionale.

Un lavoro speciale fu dedicato dall'A. nel 1905 alle sindromi renali da angioipotonia, che oggi vede confermato dalle importanti osservazioni del relatore Giraud di Montepellier, il quale benevolmente ha voluto chiamare l'A. « le père de l'angio-hypotonie constitutionelle ».

In un lavoro del 1911, l'A. si è servito delle iniezioni di adrenalina negl'infermi per definire semejologicamente con ricerche grafiche la reattività tonico-elastica dei vasi e questa direttiva vede con grande compiacimento ripresa e con efficacia spiccata di risultati dai relatori Lian e Blondel.

L'A. già nel 1903 aveva indicato nei surreni l'organo endocrino principalmente colpito negli angio-ipotonici; perciò scelse l'adrenalina come rimedio endocrino principale.

Il relatore Dumas, di Lione, e l'interlocutore Etienne, di Nancy, hanno messo in rilievo che i risultati delle loro ricerche, cliniche e sperimentali, confermano le indagini dell'A., il quale fin dal 1903 provò che l'angioipotonia generale può essere causa di sforzo per il cuore. Ciò egli provò a dispetto di pretese leggi del cuore, che male applicate nel campo clinico possono fomentare pregiudizi e inibizioni preventive. Allora, il postulato dello sforzo

cardiaco da angioipotonia sembrò una eresia, come altra eresia potè sembrare il fatto che l'arteriosclerosi può associarsi con ipotonia dei vasi, non già costantemente con la condizione opposta, l'angiospasmo, come sino allora si era ritenuto da Huchard, il quale, però, con atto di elevata nobiltà, finì con dichiarare pubblicamente che l'apparente eresia dell'A. rispondeva a verità.

L'A., mette poi in rilievo che la nosografia generale e la terapia dell'arteroipotensione permanente, prospettate da Lian, riproducono la nosografia e la terapia, concretate da lui nel 1903.

L'IPOTENSIONE ARTERIOSA NELLE MALATTIE CRONICHE.

L'ipotensione delle malattie croniche risulta:

1) da lesioni grossolane che turbano meccanicamente il funzionamento degli organi immediatamente attivi sulla pressione del sangue (lesioni cardiache e vascolari, perdite di liquidi umorali);

2) da disturbi funzionali cardiaci od arterio-capillari, che sono comandati, alla loro volta, dalla meiopragia del sistema nervoso vegetativo centrale e periferico e dal sistema endocrino.

Entrambi questi sistemi provocano, per l'intermediario dei vasi o del cuore, l'ipotensione arteriosa, sia perchè essi sono direttamente lesi, sia perchè turbati o stimolati nel loro funzionamento, da azioni riflesse (sensitive od altre), fisiche, chimiche, ormonali, tossiche, o per semplice insufficienza di nutrizione.

L'ipotensione va spesso di pari passo con la depressione nervosa e generale, con la denutrizione e l'indebolimento di tutte le funzioni, il che ha permesso di mettere in dubbio l'influenza ipotensiva di alcune malattie che, ad un tempo stesso, deprimono la tensione e lo stato generale e sono generatrici di cachessia (tubercolosi polmonare, morbo di Addison).

In questi due casi, l'ipotensione deriva da squilibrio endocrino-simpatico.

Giraud (*Cahiers de prat. méd. chir.*, 13 novembre 1929) ritiene che si possa invocare anche un altro meccanismo, quello del semplice adattamento degli organi tensori alle diminuite esigenze tensionali di una nuova forma metabolica ancora indefinita, che sarebbe quella del terreno umorale dell'ipotensione.

L'IPOTENSIONE ARTERIOSA NELLE NEFRITI.

G. Giraud (*XX Congresso francese di medicina*, Montpellier, 1929) rileva che molte affezioni renali croniche sono ipertensive, fra cui, p. es., le nefriti azotemiche; altre sono invece indifferenti, sotto tale riguardo, alcune invece si accompagnano ad ipotensione, come certe nefriti idropigene, le nefrosi, il rene amiloide, la tubercolosi renale.

Vi sono però delle nefriti azotemiche senza ipertensione, od anche addirittura con ipotensione. Se ne conclude che vi sono due elementi necessari per fare una nefrite ipertensiva: una lesione renale speciale (che non si trova verisimilmente in tutte le varietà di nefrite cronica od anche atrofica) ed una certa forza circolatoria, un'ipersistolia, una ipertonia simpatica e vascolare, che tende a diminuire con l'età.

Esiste inoltre un'ipotensione involutiva degli ipertèsi, differente anch'essa dall'ipotensione terminale del nefritico azotemico diventato cachettico.

Nelle nefriti idropigene e nelle nefrosi, l'ipotensione è abituale. Nelle prime, essa è totale, ma più sistolica che diastolica. Le nefrosi, che corrispondono ad una degenerazione esclusiva delle cellule epiteliali tubulari, senza glomerulite, si accompagnano ad albuminuria, ad edema, a tensione arteriosa abbassata; esse finiscono con atrofia renale senza ipertensione.

Mentre la nefrite sarebbe un'affezione direttamente renale, la nefrosi non sarebbe che una degenerazione secondaria ad un disturbo di ordine metabolico ed umorale; forse, la separazione netta fra nefrosi e nefriti idropigene non è giustificata, ad ogni modo l'una e l'altra si associano spesso.

Esistono inoltre delle nefriti ad ipotensione sistolica relativa; la tensione massima si abbassa, quella minima si conserva ad un livello normale; tale tipo corrisponde ad un'insufficienza del miocardio.

Vi si aggiunga il rene amiloide, in cui la tensione è abbassata, anche in caso di ipertrofia cardiaca, e la tubercolosi renale (forma ulcero-caseosa o idropigena); invece, nella nefrite sclerosa bacillare l'ipertensione può essere elevata.

LA CURA DELL'IPOTENSIONE ESSENZIALE.

G. Galli (*Gazz. Osped. e Clin.*, 24 nov. 1929) consiglia anzitutto di correggere i difetti corporei e regolare le deviazioni fisiologiche e le abitudini erronee. Ottimo, a tale scopo, è l'esercizio muscolare sistematico e progressivo; talora esso è, sul principio, mal tollerato e provoca disturbi dispnoici e cardiaci, stanchezza sproporzionata, ecc.; l'importante è quindi che il medico sappia bene individualizzare l'esercizio stesso.

L'idroterapia, temperata da principio e poi fredda (abluzioni parziali e generali) eventualmente il nuoto è un ottimo coadiuvante; mal tollerata (aggravamento dell'abbassamento di pressione) è l'idroterapia calda.

La cura psichica ha importanza notevolissima.

Gli ipotèsi abusano di sedativi e di ipnotici;

dannosi sono l'aspirina, l'antipirina, il piramidone, la fenacetina, la caffeina, i « famigerati *cachets* Faivre »; dannosi sono anche gli joduri e la tiroidina.

Fra i migliori medicamenti, sono da elencare il fosforo, gli stricnici, la canfora per iniezioni, l'efedrina e l'efetonina, l'adrenalina, l'ipofisina, i preparati testicolari e l'opoterapia plurighiandolare. Martinet consiglia le iniezioni sottocutanee di ossigeno. Le cure elettriche, sotto forma di bagno idroelettrico faradico o sinusoidale, il bagno statico tonificano il circolo periferico ed innalzano la pressione.

Il vino non è da sconsigliare, beninteso in dosi ragionevoli; spesso l'astensione danneggia i processi digestivi e deprime moralmente.

Per il tabacco ed il caffè, le opinioni sono divise; a molti il tabacco aumenta i danni dell'ipotensione; altri non risentono vantaggio dall'astensione. L'uso di tabacchi leggeri ed in piccola quantità può essere, secondo i casi, permesso; analogamente si dovrà individualizzare anche per il caffè.

Per combattere la distonia del sistema vegetativo, viene consigliato il calcio, che dà vantaggi in primo tempo, ci si deve però guardare dall'introdurne troppa quantità nell'organismo, specialmente per via endovenosa.

IL TRATTAMENTO DELL'IPOTENSIONE ARTERIOSA PERMANENTE.

C. Lian (*XX Congresso francese di medicina*, Montpellier, 1929), pure considerando l'ipotensione arteriosa permanente come un sintoma benigno che lungi dal diminuire la durata della vita l'allunga, consiglia un trattamento a base di solfato di stricnina (3-6 milligrammi al giorno, per via orale); il malato si sente meno stanco, ma la ipotensione non sempre migliora.

L'ossigeno-terapia sottocutanea (iniezioni di 200-700 cmc. due volte la settimana) dà un miglioramento abituale. Così pure l'efedrina per via orale (compresse di cg. 2 1/2, una o due al giorno, per 10-12 giorni); l'effetto è analogo alle iniezioni di ossigeno.

L'opoterapia surrenale (10-20 gocce della soluzione di adrenalina all'1/1000, 3 volte al giorno, o compresse di estratto totale di surrenale, 2-3, da 20 cg., al giorno) procura un miglioramento nella stancabilità, senza modificare di molto la pressione arteriosa.

La fisioterapia è poco usata; talvolta ha dato buoni effetti il massaggio del plesso solare e della regione cardiaca.

Si è anche parlato della chirurgia e della sezione dei nervi che vanno al seno carotideo, della resezione del simpatico cervicale senza il ganglio cervicale inferiore. Ma tali proposte hanno del grottesco; operare un malato che ha maggiori probabilità di vita che un altro, è un tentativo che ha ben poche probabilità di essere seguìto.

fil.

FEGATO E VIE BILIARI.

La funzione biliare e la sua esplorazione funzionale.

(N. FIESSINGER. *Journ. des praticiens*, 12 ottobre 1929).

La funzione biliare mette in azione i differenti elementi della secrezione epatica, che sono rappresentati dai pigmenti biliari, dagli acidi biliari e dalla colesterina; i due primi sono i più importanti e sono qui studiati dall'autore.

Il pigmento biliare normale del fegato è la *bilirubina*, la quale si forma a spese dell'emoglobina. In primo tempo, questa si scinde in globina (sostanza albuminoide) ed in ematina, la quale, con aggiunta di acqua, dà la bilirubina e mette in libertà il ferro.

La bilirubina si forma nei tessuti e nel fegato, dovunque vi sia dell'emoglobina; per la comparsa degli itteri patologici, è però necessario il fegato. Dai numerosi studi fatti in argomento, si conclude che la bilirubina può formarsi nelle emolisi tessulari, cioè patologiche, che essa si forma anche normalmente nel fegato e che gli itteri epatici non sono di origine tessulare, ma epatica.

La *ricerca della bilirubina* si fa, nelle urine, con le reazioni di Gmelin e di Grimbert. Quello che soprattutto importa è però il colore delle urine, che si conserva giallo anche ad una grande diluizione.

Nel siero, la ricerca si fa mediante: 1) la reazione di Hymans van den Bergh, aggiungendo il reattivo di Erlich al siero (reazione al diazonio); in presenza di bilirubina, si ha una colorazione violetta; 2) la reazione colorimetrica di Meulengracht, valutando cioè la colorazione gialla del siero che, allo stato normale, è di 1-2 unità, mentre in certi itteri, si può arrivare a 30-40 unità. Per fare questa determinazione, si devono eliminare dalla dieta dell'individuo in esame, le sostanze cariche di carotene (carote, aranci, legumi verdi).

L'UROBILINA.

In determinate circostanze, la bilirubina si trasforma in urobilina, per idratazione. Quest'ultima è un prodotto del fegato.

Le urine che la contengono sono brune acajou e danno con l'acido nitrico un disco bruno; allo spettroscopio, si vede una striscia fra il verde ed il blu. La reazione caratteristica si ottiene mediante una soluzione nel cloroformio a cui si aggiunge dell'acetato di zinco; si ha allora un'opalescenza con riflessi verdastri e trasparenza rosea. Per l'urobilinogeno, altra forma di urobilina, si ottengono le stesse reazioni, ossidando con qualche goccia di acqua jodo-jodurata; il reattivo di Erlich, alla benzaldeide, dà una colorazione rossa.

Si ammetteva un tempo che l'urobilina avesse unicamente origine epatica, mentre at-

tualmente la maggior parte degli autori ammette l'origine istiogena. Essa può quindi formarsi dovunque, a condizione che la quantità di bilirubina circolante sia piuttosto scarsa. In complesso, si può dire che l'urobilina è il pigmento dell'ittero a scarsa tendenza bilirubinemica, mentre la bilirubina è il pigmento dei grandi itteri.

Si deve poi far distinzione fra urobilina transitoria ed urobilina permanente; la prima è un sintoma, si ha verso la fine degli itteri catarrali e non ha nessuna importanza; la seconda indica invece un disturbo permanente della funzione epatica; l'urobilinuria diventa il pigmento del fegato malato ed i malati, che hanno da tempo un ittero od un subittero presentano realmente una grande insufficienza funzionale del fegato.

I SALI BILIARI.

Costituiscono una parte importante della bile e sono formati da due elementi: un acido — colalico — che si forma a spese della colesterina e due altre sostanze, che sono degli amino-acidi, la glicocolla e la taurina, derivata dalla cistina; si hanno così rispettivamente i glicocolati ed i taurocolati.

I sali biliari possono formarsi dovunque; esiste ad ogni modo indubbiamente anche l'origine epatica.

La ricerca si fa con la reazione di Pettenkoffer (colore rosso dopo azione dello zucchero e dell'acido solforico) e con quella di Hay (spargendo dei fiori di zolfo alla superficie dell'urina, fiori che cadono al fondo se vi sono sali biliari, per diminuzione della tensione superficiale). Le ricerche di Sabatini e Bruni hanno però dimostrato che tale reazione è infedele e non può essere utilizzata come mezzo di ricerca. Anche la stalagmometria non dà indicazioni esatte, poichè la diminuzione della tensione superficiale può essere data anche da altre sostanze.

Per le feci, si utilizza la reazione di Pettenkoffer o quella degli emoconi di Lemierre e Brulé: si danno all'individuo 50 grammi di burro e si esamina il sangue, dopo due ore; la presenza in esso, all'ultramicroscopio, di piccole granulazioni rifrangenti — gli emoconi — indica che il malato ha dei sali biliari nell'intestino.

Si può usare un procedimento più semplice, l'intubazione duodenale, raccogliendo la bile duodenale e praticando la stalagmometria; si deve però essere sicuri che la bile non contenga del solfato di magnesia, il quale modificherebbe la tensione superficiale.

Il dosamento dei sali biliari nel sangue è difficile e sottoposto a cause di errore.

LA COLESTERINA.

Essa si forma nel corpo luteo, nei surreni, nella milza ed arriva al fegato, donde viene eliminata con la bile. Normalmente, nel sangue si trova in quantità di 1,50; quando questa si eleva, si può dire che vi è ipercolesterinemia, con disturbo funzionale del fegato.

La colesterina si trova anche nella bile, ma la quantità normale è diversamente apprezzata dai vari autori. Chabrol ammette che il rapporto normale fra colesterina e pigmento sia di 0,89, mentre esso arriverebbe a 1,09 nella litiasi biliare, a 1,14 nel diabete, a 0,33 negli itteri banali, a 0,30 nella cirrosi.

LE PROVE DI SOVRAFFATICAMENTO.

Sono poco usate e consistono nel provocare: 1) la bilirubinuria, somministrando della bile (3 grammi di estratto di bile epurata, corrispondenti a 70 grammi di bile fresca); basta però la somministrazione di tale quantità per determinare dei disturbi di insufficienza epatica; 2) l'urobilinuria: Filinski fra prendere al mattino, a digiuno 100 grammi di miele e due tazze di tè; la comparsa di urobilina indicherebbe l'insufficienza epatica, conclusione errata, in quanto che 4 su 6 individui normali hanno, al mattino, urobilinuria; 3) la colaluria, o reazione di Doumer: la somministrazione per bocca di grammi 1,5 di sali biliari fa abbassare la tensione superficiale delle urine.

In complesso, tutte le determinazioni dei pigmenti e dei sali biliari non danno dei valori sicuri e le conclusioni che si possono dedurre, dal punto di vista del valore della ritenzione e dell'affermazione di sufficienza od insufficienza epatica restano discutibili. Si tratta di procedimenti di un reale valore scientifico, ma si deve essere assai prudenti prima di trarne delle conclusioni sulle funzioni biliari patologiche. L'incertezza delle nozioni dedotte dalle tecniche insufficienti non può essere dissipata che dalla clinica.

FILIPPINI.

La prova del vino negli epatici.

(LOEPER, MICHAUX e DE SÈZE. *Presse Méd.*, n. 10, novembre 1929).

L'azione del vino sul fegato sebbene a lungo studiata non è ancora ben definita. Noi ignoriamo se il vino sia veramente tossico per il fegato. Gli igienisti imparziali sono però d'accordo nel dire che il vino naturale, preso in dose moderata, in un uomo normale non può essere nocivo. Partendo dal fatto della grande difficoltà e discutibilità dell'esame funzionale del fegato mediante le varie sostanze proposte a questo scopo, gli AA. han pensato di utilizzare il vino che è un liquido e perciò di introduzione facile e per di più è di concentrazione media, di assorbimento rapido ed è per così dire fisiologico essendo un alimento.

Essi hanno somministrato del vino sia bianco che rosso a sani ed a malati studiando il modo di reagire del fegato in rapporto all'afflusso della bile nel duodeno, alle variazioni del coef-

ficiente azotemico; alle variazioni del coefficiente di Maillard e della ossidazione dello zolfo.

L'afflusso della bile nel duodeno dopo ingestione di vino aumenta, e di più per il vino rosso che per il bianco.

Le variazioni del coefficiente azoturico sono pressocchè normali nei soggetti sani; sono invece notevoli nei malati e precisamente si manifestano con un aumento nei piccoli epatici, o negli epatici curabili, e in un abbassamento negli epatici gravemente colpiti.

Il coefficiente di Maillard segue sorti parallele al coefficiente azoturico. Circa l'ossidazione dello zolfo è meraviglioso vedere con quale esattezza la sua curva segue quella dell'utilizzazione azotata.

Gli AA. han completato questi studi con esperimenti sopra i conigli dopo di che vengono a conclusioni interessanti.

Prima di tutto si intravvede da questo studio come il vino possa essere dato a scopo terapeutico come vera e propria medicazione stimolante nei soggetti a fegato torpido. Gli AA. segnalano anche una certa utilità nei malati sensibili ad alcuni alimenti, per esempio vi sono delle orticarie alimentari che non si manifesterebbero se insieme all'alimento in causa si fa ingerire dosi di 200 gr. di vino puro. Ciò sarebbe dovuto alla leucopedesi gastrica ed a quella intraepatica, messa in evidenza dagli AA., che il vino produce.

Il vino, va ritenuto, ha una azione eccitante fisiologica sul fegato che si traduce sperimentalmente con modificazioni citologiche; clinicamente con delle variazioni del coefficiente azotato e solfatato. Questa azione è più marcata col vino bianco che col rosso, più con lo zuccherato che col vino secco. Essa può essere utilizzata oltre che in terapia anche come elemento prognostico.

Un fegato che reagisce poco o male è un fegato anormale o esaurito; un fegato che abbassa i suoi coefficienti è un fegato malato.

L. TONELLI.

Se l'urotropina si elimini attraverso la bile e se le conferisca potere battericida.

(F. DI STEFANO. *Morgagni*, n. 40, ott. 1929).

Le ricerche di Nicolaier hanno stabilito che l'urotropina si elimina rapidamente con le urine, comparendo in esse un quarto d'ora dopo la sua somministrazione. Altri autori ammettono che essa si elimina anche attraverso la bile, di modo che l'urotropina ingerita, passerebbe in circolo, e si eliminerebbe attraverso le vie urinarie con l'urina, attraverso il fegato e le vie biliari nell'intestino, e secondo altri, attraverso la via bronchiale.

Qual'è il meccanismo di eliminazione dell'urotropina attraverso i diversi liquidi?

È assodato per le ricerche di Nicolaier che nell'urina acida l'urotropina trova l'ambiente adatto per scindersi, liberando formaldeide, sotto la quale forma viene eliminata.

Non così avviene per la bile che è alcalina. Crowe ha affermato, in seguito a ricerche sperimentali, che l'urotropina si ritrova nella bile in massima parte indecomposta, in piccola parte scissa allo stato di formaldeide.

Stabilita questa via epatica di eliminazione si è cercato di studiare se essa sia dotata di qualche potere battericida.

I pareri al proposito sono discordi, perchè mentre tutti riconoscono all'urotropina un alto potere antisettico, non tutti lo attribuiscono allo stesso meccanismo: alcuni pensano che dipenda dal prodotto di scissione, la formaldeide, altri che sia dovuto alla stessa molecola dell'urotropina, ed altri pensano che anche in ambiente alcalino l'urotropina possa scindersi, per la presenza dei batteri, che alla superficie cedono acidi, creando un ambiente favorevole alla scissione.

Numerose applicazioni cliniche ha avuto la urotropina, la quale effettivamente s'è mostrata come un energico disinfettante in alcune infezioni delle vie genito-urinarie.

Un'importante applicazione dell'azione antisettica di tale sostanza è stata fatta nel tifo e nel paratifo: in tali casi l'urotropina è stata usata coll'opinione di disinfettare la cistifellea e la bile dai bacilli tifici che eventualmente potevano contenere.

Quest'azione disinfettante è stata però negata da altri clinici.

In presenza di tali pareri discordi, il di Stefano ha voluto ricercare sperimentalmente se effettivamente l'urotropina si elimina attraverso la bile, in qual modo avviene la sua eliminazione, e se vere le due prime ipotesi, quanta urotropina passa nella bile, e se può conferirle potere battericida.

Gli esperimenti sono stati condotti su cani con fistola biliare, a cui veniva somministrata urotropina a dosi medie e massime.

Per la ricerca dell'urotropina nella bile si è servito della reazione di Jorissen Vanino, per la ricerca qualitativa, del metodo colorimetrico di Salkowski per dosarne la quantità.

Per stabilire il potere battericida è stata messa a contatto della bile con urotropina una dose di germi di tifo, paratifo A e B, coli e melitense, secondo una speciale tecnica.

Dall'insieme delle osservazioni emerge che l'urotropina si elimina effettivamente attraverso la bile, ma in piccola quantità.

Essa si elimina indecomposta, come urotropina e non come formaldeide; in rapporto alla sua azione antisettica, l'urotropina conferisce alla bile un lieve potere battericida per il germe del tifo e melitense, mentre favorisce lo sviluppo del paratifo B e del coli.

Tuttavia quest'ultima conclusione è riferita con una certa riserva, dato lo scarso numero di cani (due) che l'A. ha potuto usare per le esperienze.

CARUSI.

RENI E VIE URINARIE.

Sul foruncolo del rene.

(KÖHLER. *Zent. f. Chir.*, 1929, n. 31).

Le affezioni infiammatorie del rene, nefrite a focolaio, ascesso del rene, e foruncolo formano dal punto di vista etiologico una entità unica. Ordinariamente provengono da una infezione ematogena, raramente da una infezione per via linfatica. Le affezioni primitive sono degli organi di rivestimento, raramente mastiti, endocarditi, malattie delle mucose. In qualche caso la malattia primitiva rimane ignota.

Anche nella grippe si può avere come complicazione il foruncolo del rene e Smirnow su 5 ne ha descritti 3 di tale tipo. Vi sono anche casi nei quali esiste un trauma pregresso (Israel) e l'infezione è secondaria.

Tutt'e tre le affezioni vengono prodotte dai batteri piogeni, specialmente stafilococchi. Possono essere legate a piccole embolie di tessuto o a cumuli di batteri nei vasi del rene.

Nelle tre forme si tratta dello stesso processo con varie gradazioni.

Il processo inizia nell'interno dei vasi e poi si diffonde al tessuto interstiziale. Dal punto di vista anatomo-patologico l'inizio è simile ad un infarto a forma piramidale con la base verso il margine del rene e l'apice verso il bacinetto.

Se vengono chiusi soltanto piccoli vasi si forma l'ascesso del rene che può essere multiplo e può raggiungere i vasi glomerulari. Se è chiuso da un embolo o da batteri un grosso vaso, si ha il foruncolo del rene con formazione iniziale di un infarto con la base verso il margine e l'apice nel vaso chiuso. Esso può avere le dimensioni da un uovo di colomba ad un mandarino.

Israel ha descritto il primo caso nel 1891.

Come nelle altre forme renali, anche in questa bisogna ammettere una certa predisposizione rappresentata per lo più da una stasi o da un trauma.

La diagnosi del foruncolo del rene è spesso molto difficile. La temperatura è spesso soltanto subfebbrile, il reperto dell'urina normale e non si hanno dolori. Dànno un certo indizio il dolore lombare ed una febbre alta e, quando la parte di rene malata è in comunione col bacinetto, l'urina con pus e batteri.

Rotbart fece in un caso la diagnosi coll'esame radiologico osservando nel contorno del rene un'ombra che dopo 3 giorni era divenuta più grande e a forma piramidale.

Barth ritiene che il pneumoradiogramma può essere utile nei primi giorni, mentre in seguito per le alterazioni perinefritiche non può esser utilizzato.

La pielografia non dà alcun dato.

Per il trattamento quello medicamentoso per via orale o endovenosa non è sicuro. La maggior parte dei chirurgi sono d'avviso che il trattamento migliore è quello della nefrectomia, certamente quando la malattia non è bilaterale come in un caso di Kretschmer con insuccesso della nefrectomia.

Il primo caso guarito non operativamente è descritto da Israel che ebbe la guarigione con ripetuto cateterismo dell'uretere. In tal caso mancò il reperto anatomico in vivo.

Rosenstein ha ottenuta la guarigione senza asportazione del rene con questo procedimento: messo allo scoperto il rene con taglio lombare, lo lussa e vi separa la capsula. Con una siringa produce una imbibizione della sostanza renale intorno mediante soluzione di rivanolo al 2 ‰. Indi ripone il rene e chiude la ferita lasciando un piccolo drenaggio. Questa tecnica così semplice ha prodotto la *restitutio ad integrum*.

Nel reparto hanno avuto in questi ultimi 3 anni 3 casi di foruncolo renale. Un caso fu nefrectomizzato, gli altri due casi trattati con il metodo anzidetto e guariti in poco tempo con un ritorno al normale della funzione e con guarigione stabile.

In un primo caso la sintomatologia si svolse con un dolore improvviso al fianco sinistro, temperatura a 40°, una leucocitosi di 12.000. Il trattamento surriferito diede la guarigione in circa 2 mesi. Dopo 3 anni la funzione renale è del tutto normale.

Nel secondo si aveva l'anamnesi di coliche ripetute e qualche giorno prima un trauma alla regione renale. Quindi dolore lombare, febbre, rene ingrossato con ritardo notevole dell'eliminazione del bleu (24 minuti). Fu operato, e trovato un grosso foruncolo, venne trattato col metodo di Rosenstein. Si ebbe la guarigione. Dopo un anno la funzione si mantiene normale.

Nel terzo caso poichè si aveva un ascesso del rene e la sostanza normale era scarsa, si procedette ad una nefrectomia.

R. BRANCATI.

Le colibacillurie.

Le colibacillurie sono molto più frequenti di quel che si ritiene. M. R. Petit ne distingue sei forme: croniche, ematuriche, febbrili, infantili, chirurgiche, gravidiche.

Le *forme croniche* di solito non danno che lievi manifestazioni vescicali, pollachiurie, urine leggermente torbide, bruciore alla fine della minzione. Ne sono colpite sopra tutto le donne, le quali sono deboli e hanno spesso lievi elevazioni termiche. Sono frequenti le riacutizzazioni: febbre alta, urine purulenti, dolori vescicali.

Le *forme ematuriche* colibacillari si diagnosticano sulla presenza di disordini intestinali, con l'esame batteriologico delle urine, con il cateterismo ureterale. Parecchie delle ematurie dette essenziali sono colibacillari. Da tener pre-

sente che il colibacillo può trovarsi nelle urine di individui affetti da tubercolosi renale, calcolosi, o cancro.

Le *forme febbrili* possono assumere per l'andamento della temperatura carattere setticemico, tifoso e malarico. Esiste anche una forma febbrile con ritenzione renale. La febbre è alta ed il dolore lombare molto forte. Il cateterismo ureterale fa scomparire la febbre ed il dolore. Da notarsi che i malarici hanno talvolta colibacilluria.

Le *colibacillurie infantili* (ragazzi e lattanti) sono frequenti a seguito di disordini intestinali. I segni urinari funzionali sono scarsi, e perciò occorre esaminare sempre le urine di ragazzi febbricitanti.

Le *forme chirurgiche* sono caratterizzate dalla presenza nel rene di pus colibacillare. In queste pionefrosi il rene è trasformato in una immensa sacca suppurata. Quando l'accesso è corticale o la suppurazione è perirenale le urine rimangono chiare.

L'intervento chirurgico (nefrectomia, nefrostomia) dà la guarigione.

Le *forme gravidiche* sono frequenti e possono assumere i caratteri delle forme precedenti.

La cura medica delle colibacillurie consiste nel riposo assoluto a letto, dieta liquida, urotropina, purganti blandi.

Se malgrado la cura la colibacilluria persiste conviene praticare altri esami per svelare se essa non sia associata ad altri processi (tubercolosi, calcolosi, neoplasmi).

La proteinoterapia è assolutamente inefficace, e così la cura a mezzo dei batteriofagi di Hérelle. La vaccinoterapia dà effetti effimeri. Effetti più sensibili e persistenti dà la sieroterapia (iniezioni di 20 cmc. di siero anticolibacillare al giorno per quattro giorni di seguito, e nei casi gravi dosi maggiori ripetute per parecchi giorni).

La sieroterapia deve essere accompagnata dalla cura delle lesioni della vescica, dell'uretra o dei bacinetti mediante lavande, ma talvolta da sola ha ragione anche del processo locale.

Dr.

CONFERENZE.

I dolori addominali.

(C. H. Mayo e E. F. Buzzard. *British Medical Journal*, 19 ottobre 1929).

Sull'argomento hanno fatte due conferenze alla British Medical Association C. H. Mayo, il noto chirurgo americano, e F. B. Buzzard dell'Università di Oxford.

C. H. Mayo comincia con il rilevare che la natura dello stimolo capace di produrre il dolore viscerale è controversa tuttora. La dottrina di Mackenzie e Lennander secondo la quale il dolore non sarebbe avvertito negli organi, ma solo nelle parti superficiali, non sembra più sostenibile. È stato ben dimostrato che i visceri addominali sono sensibili agli stiramenti, alla pressione, alla torsione, all'infuori di ogni eccitazione esercitata sul peritoneo parietale e viscerale. Ciò è particolarmente vero per la cistifellea, la vescica, per il tessuto connettivo peripancreatico, per il grande e piccolo omento. Il fatto che lo stomaco, l'intestino, il fegato, la cistifellea, il pancreas e la milza sono insensibili al taglio ed alla puntura, non prova che essi siano indolenti, perchè può darsi che per questi organi non vi sia la necessità fisiologica di dare reazioni dolorose per quella specie di stimoli.

In genere può affermarsi che il dolore addominale non dipendente da lesioni peritoneali è dovuto ad un'abnorme contrazione dell'organo, la quale determina una compressione dei nervi posti nella sua parete, o ad un'eccessiva distensione dell'organo, la quale provoca lo stiramento dei nervi stessi.

La distensione degli intestini con gas provoca dolore solo quando il mesentere è stirato. D'altra parte la contrazione spastica dell'intestino può provocare dolore per lo stato d'anemia e quindi d'anossemia della parete intestinale, nel qual caso lo stimolo sarebbe di natura chimica, ossia da parte di una sostanza formata nei tessuti anemizzati.

Deve essere anche notato che i vasi sanguigni sono suscettibili al dolore. La puntura di un'arteria può provocare dolore profondo ed essere accompagnata da sudore e malessere di natura riflessa.

Gli organi pieni, al pari di quelli cavi e tubulari, possono diventare dolenti. È ben noto come la pressione sull'ovaia possa provocare dolore. Analoghe osservazioni sono state fatte sul fegato.

Dal punto di vista anatomico è a ricordare che il peritoneo parietale è innervato principalmente dai nervi intercostali e che il frenico innerva non solo il diaframma, ma anche il peritoneo sottodiaframmatico. Le fibre sensitive del peritoneo viscerale e dei visceri raggiungono il midollo spinale in connessione con i nervi simpatici. Le fibre dello stomaco, del duodeno, del cieco, del colon ascendente, del pancreas, della milza, del fegato, della ci-

stifellea si associano al grande nervo splancnico, mentre quelle della metà distale del colon passano nei nervi ipogastrici e pelvici.

Langley ha dimostrato che le fibre sensitive del nervo splancnico sono bianche e mielinizzate, e che raggiungono i gangli intervertebrali della regione toracica. Esse passano senza interruzione dagli organi a questi centri, e quantunque si uniscano nel loro tragitto alle fibre simpatiche, sono vere e proprie fibre sensitive simili a quelle che si trovano nelle altre parti del corpo.

È molto dubbio se il vago partecipi alla trasmissione delle sensazioni dolorose dell'addome. L'eccitazione del moncone centrale del vago sezionato provoca nausea, ma non dolore.

È ben noto come le affezioni della cistifellea e del fegato possono essere accompagnate da forte dolore alla spalla destra ed alla limitrofa regione del collo. Questo riflesso viscerosensitivo fa pensare che anche attraverso il frenico passino sensazioni dolorose provenienti dalle parti superiori dell'addome.

Ramström ha descritta una branca che insieme alle fibre simpatiche del plesso celiaco forma il plesso frenico. Al lato destro questo nervo ha una formazione speciale, il ganglio frenico.

I dolori dell'ulcera gastrica e della colecistite non sono sempre localizzati all'epigastrio e al dorso; la sede del dolore può variare da paziente a paziente, ed anche nello stesso paziente. Ciò dipende da fattori complicanti. La colecistite in molti casi è associata ad epatite o pancreatite, e l'ulcera prepilorica e la calcolosi epatica può determinare uno spasmo del piloro. La perforazione di un'ulcera nel pancreas o nel sacco peritoneale minore cambierà il tipo e la sede del dolore, perchè è messo in giuoco un altro gruppo di nervi sensitivi. D'altra parte le differenze della distribuzione anatomica e del decorso dei nervi nelle varie persone dà ragione delle variazioni del dolore tra individuo e individuo.

Le crisi gastriche della tabe sogliono assumere tre tipi: 1) dolore, vomito, iperestesia della parete addominale; 2) nausea, vomito, dolore alla laringe, all'orecchio, al cuore, e talvolta bradicardia; 3) dolore addominale, nonchè ad una o ad ambo le spalle. Nel primo tipo sono coinvolti i nervi splacnici, nel secondo il vago, nel terzo il frenico. È interessante il fatto che durante le crisi l'esplorazione dell'addome risulta negativa, e che la denervazione completa dello stomaco (sezione delle radici posteriori, dei vaghi al di sotto del diaframma), raramente fa cessare il dolore. Talvolta si è avuto qualche miglioramento con la sezione delle radici anteriori, quando la sezione delle radici posteriori rimase senza effetto.

D'altra parte le crisi gastriche oltre che nella tabe si possono verificare nelle meningiti spinali, nelle ferite midollari, nelle fratture vertebrali, nell'edema angioneurotico, nonchè nell'ulcera duodenale e nell'angina pectoris. Nei tumori della cauda equina si possono avere crisi della vescica, del colon e del retto.

Tutto ciò dimostra che le vie sensitive addominali sono molteplici, e che le nostre conoscenze al riguardo sono scarse.

I classici studi di Head hanno messo in rilievo che le affezioni viscerali possono essere accompagnate da zone d'iperestesia o iperalgesia cutanee, la cui distribuzione è in rapporto ai singoli organi. È noto come si può avere dolenzia della pelle e dei muscoli senza rigidità, nelle affezioni del diaframma e delle parti superiori dell'addome; come nella pulmonite del lobo inferiore destro si possa avere una sindrome che simula l'appendicite.

Vi sono, d'altra parte, lesioni addominali croniche che provocano dolori a caratteri speciali. Così nelle ulcere gastriche vi sono esacerbazioni del dolore che sono in rapporto a spasmi vascolari e ad ulteriori diffusioni ai margini della lesione.

I visceri addominali posseggono fibre sensitive in molto minor numero di quelle che si trovano nella pelle. Quantunque sotto l'anestesia locale si possa incidere lo stomaco senza provocare dolore, è dubbio che il dolore dell'ulcera gastrica e duodenale abbia un meccanismo diverso da quello prodotto da un'ulcera varicosa della gamba. È possibile però che nel primo caso il dolore sia la risultante di stimoli continuati, che da soli non raggiungerebbero la coscienza.

*
* *

E. F. Buzzard rileva innanzi tutto l'importanza biologica del dolore: per il moralista esso ha una funzione educatrice, per il fisiologo una funzione protettiva, per il medico una funzione rivelatrice.

Nelle affezioni degli organi addominali il dolore assolve la sua funzione con punti di partenza nella parete addominale e attraverso fibre del sistema nervoso cerebro-spinale.

D'altra parte gli organi sono provvisti di un meccanismo nervoso simpatico che ordinariamente assolve il suo compito tranquillamente, senza la compartecipazione di altri elementi nervosi, e senza che la coscienza ne sia avvertita.

Questo territorio tranquillo può essere messo in agitazione da fatti straordinari. Così la presenza di corpi estranei nocivi e che quindi devono essere necessariamente ed urgentemente espulsi, provoca sforzi non abituali e l'intervento di forze ausiliarie. L'allarme è dato a mezzo di impulsi afferenti non abituali, gli sforzi spasmodici della musculatura liscia della parete viscerale sono rinforzati dalle contrazioni dei muscoli scheletrici, e si ha il quadro clinico della colica.

In questi casi il dolore, per la sua localizzazione imprecisa, per la sua accessionalità si distingue nettamente dal dolore ben localizzato, continuo, immobilizzante della parete addominale, nella quale, beninteso, va incluso anche il peritoneo parietale.

È ben noto come i visceri addominali siano quasi insensibili agli stimoli che sono dolorosi fra i tegumenti esterni, come il taglio e la puntura. Si deve perciò ritenere che nei visceri manchino veri recettori del dolore e che questo sia provocato dall'eccitazione diretta delle fibre nervose. In effetti il dolore viscerale ha una soglia molto alta, tende ad irradiarsi, e non è chiaramente discriminato. Tutto insomma tende a far credere che il dolore viscerale sia provocato dalla distensione del tessuto viscerale, tanto più che le coliche addominali sono sempre accompagnate da una iperattività motoria o spasmo muscolare della parete del viscere.

Ancora incerta è la natura dei fatti che provocano il dolore. Così nel caso di un piccolo calcolo incuneato in un uretere quale è la causa dei dolori colici a lunghi intervalli? Quale è il fatto che determina il parossisma con dolori riferiti dapprima al pene e poi a tutta la parte bassa dell'addome? È lo spasmo muscolare che si trasforma in impulso doloroso, o è l'aumento di tensione conseguente allo spasmo il fatto che provoca il dolore?

Occorre prendere in considerazione le variazioni della soglia del dolore nelle varie condizioni. Le alterazioni dei tessuti superficiali nel territorio dei nervi spinali possono abbassare la soglia della sensibilità dolorosa, fatto che può essere anche in rapporto ad una particolare attitudine mentale del soggetto o del tono simpatico, per cui molti stimoli che sono generalmente innocui, diventano incapaci di provocare sensazioni moleste. Si hanno in effetti casi di dolore persistente anche dopo l'eliminazione, mediante operazione, del processo morboso che provoca il dolore, fatto che non può essere spiegato che come l'esponente di uno stato neurotico. E d'altra parte è noto come possono determinarsi zone di iperestesia più o meno persistenti nel campo di distribuzione di nervi periferici in seguito a traumi ed a processi settici.

Vi sono spasmi intestinali dolorosi che sono sintomi di stati ansiosi e che purtroppo danno luogo ad errori di diagnosi che conducono alla laparotomia. Questi casi sono interessanti dal punto di vista fisiologico perchè provano la possibilità di dolori colici senza apprezzabili lesioni. Il dolore intenso è talora accompagnato da uno spasmo dell'intestino che all'esame si apprezza come una corda dura, e somiglia al crampo di un muscolo striato. Purtroppo l'analogia non spiega il meccanismo del dolore, perchè nell'uno o nell'altro caso non si sa se esso sia determinato dalla pressione sulle terminazioni nervose o all'arresto della circolazione sanguigna. Al riguardo è a rilevare che la trombosi e l'embolia mesenterica sono cause d'intense coliche dolorose, il che farebbe ritenere che la causa del dolore sia il fatto circolatorio.

Talvolta i dolori addominali sono in rapporto a processi morbosi localizzati in organi non addominali. Così è noto come nella pulmonite e nell'infarto dei lobi pulmonari inferiori si può avere un dolore fisso addominale che talvolta simula quello dell'appendicite. Nella trombosi coronaria si possono avere dolori epigastrici acuti accompagnati da vomito e collasso, dando una sindrome che somiglia a quella dell'ulcera perforata. Vi sono attacchi di gravi dolori addominali dipendenti da ateroma dell'aorta addominali (angina addominale) che in mancanza di ogni sintoma cardio-vascolare può far pensare ad un'affezione viscerale e condurre alla laparotomia.

Le crisi gastriche dei tabetici non dovrebbero mai essere confuse con le coliche dipendenti da affezioni viscerali. A parte i risultati dell'esame neurologico, la diagnosi si basa essenzialmente sui caratteri clinici delle crisi. I dolori sono lancinanti, parossistici, ripetentisi a brevi intervalli. Sono accompagnati da intensa iperestesia superficiale, ma non da immobilità muscolare o da rigidità della parete addominale. Sono accompagnati anche da vomito e nausea, che possono essere considerati secondari e di origine riflessa. Dr.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

Prof. dott. Giulio Mòglie. *Manuale di Psichiatria, ad uso dei medici pratici e degli studenti.* Vol. in 8°, in carta americana, di oltre 400 pag. con 68 figure intercalate nel testo. Editore Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 56.

Riportiamo la magnifica prefazione scritta per questo libro dal Clinico neuro-psichiatra dell'Università di Roma.

« Ho aderito all'invito di presentare al pubblico medico questo volume del libero docente dott. Giulio Mòglie, perchè, sfogliandone le bozze, ho trovato che l'A. ha ben compresi il concetto classico e i compiti vecchi e nuovi della Patologia mentale e dell'Alienistica; mentre non ha disconosciuto i rapporti metodologici e patologici della psichiatria con la neuropatologia e con la medicina generale.

« Difatti questo volume, per la struttura e per il metodo nell'esporre la materia, si riallaccia alla tradizione della psichiatria italiana formatasi, a suo tempo, sull'insegnamento e sulla pratica dei grandi alienisti francesi e nostri: Verga, Biffi, Livi, Morselli, Tamburini, Seppilli, Antonini... confermata e sviluppata dalla Scuola di Kraepelin.

« G. Mòglie non fu mai mio allievo; ma i suoi frequenti richiami alla psicologia generale e applicata, mi hanno fatto intendere che egli segue il cosidetto « indirizzo psicologico » nello studio del significato del disturbo psichico e nella descrizione delle malattie mentali. Indirizzo che non era più di moda da una ventina d'anni a questa parte, ma che al giorno d'oggi torna ad imporsi un po' dappertutto.

« Molti argomentano che tal cambiamento di rotta sia stato determinato dall'avvento del costituzionalismo (e forse anche il nostro A. lo crede); ma è evidente che la dottrina nuova delle Costituzioni e dei Caratteri è assai più recente della psicopatologia generale, della psicologia patologica, della « pato-psicologia » di cui abbiamo una letteratura, se non ricchissima, certo molto interessante.

« Non voglio davvero sentenziare che la vecchia psichiatria pratica della scuola classica francese e delle scuole tedesche, dopo Wernicke, fosse in tutto commendevole e quindi da seguirsi alla cieca a distanza di tanti anni. Molto meno oserei pronunziarmi favorevolmente sulla psichiatria di alcune nuove scuole tedesche, che mostrano così chiare intenzioni demolitrici dei vecchi Maestri e intendono di aprirsi la strada a nuove concezioni psicopatologiche e a nuovi metodi appunto in nome di un « indirizzo psicologico »... Niente di tutto questo. E difatti anche il Mòglie sembra essere del mio parere. Riconosco che siamo in un momento di transizione; per cui bisogna che ciascuno proceda per conto proprio senza servili imitazioni e bene armato di sana critica e di buon senso clinico; ma neppure sarebbero commendevoli meschine intenzioni xenofobe, e qualsiasi preoccupazione di apparire originali.

« G. Mòglie che ha compreso tutto questo, ha scelto pacificamente la sua strada — quella tradizionale — ma senza intendimenti battaglieri; anzi con uno spirito impostato a tolleranza verso le varie scuole; i nomi di Bleuler, Bumke, Kretschmer, s'incontrano citati con una certa frequenza d'accanto a quelli delle più vecchie Scuole. Di tale suo atteggiamento, lo scrittore è pienamente consapevole. Difatti egli cerca in tale suo eclettismo molti motivi di accordo con coloro che operano nell'opposta riva.

« Da ciò proviene che la concordanza nell'« indirizzo » non esclude che su parecchi punti di vista esposti dell'A., io, come tanti altri psicopatologi e alienisti, possiamo avere opinioni divergenti. Cito ad esempio i disturbi della percezione, la psicoanalisi, il sogno... (il sogno che per l'A. resta sempre, malgrado ricerche numerose e risultati molto dimostrativi, il guazzabuglio delle « imagini del dì, guaste e corrotte »).

« Non bisogna dimenticare che questo libro di G. Mòglie è fatto per i medici pratici e gli studenti; e si sa che a costoro non piace di conoscere le opinioni di troppa gente, le controversie correnti, le esasperanti incertezze su teorie, ipotesi o fatti. Il medico giovane però malgrado voglia far presto e imparare senza sforzo, capisce, direi quasi intuitivamente, l'insieme della materia che gli offre il maestro, e di solito ne profitta, anche quando le sue conoscenze ci appaiono alquanto superficiali o schematiche. È appunto da ciò che deriva la grande responsabilità di chi si mette a scrivere Manuali o Trattati.

« Ecco perchè io penso che i nostri allievi e tutti i medici specialisti e non specialisti saranno riconoscenti al Prof. G. Mòglie, e al benemerito editore Pozzi della loro non piccola fatica.

« La Parte « speciale » del volume di G. Mòglie nella quale si tratta delle singole malattie mentali conferma gl'intendimenti che traspaiono dalla Parte « generale ». Lo studente vi troverà tutto; e tutto esposto secondo le buone tradizioni della medicina pratica. Nè dovrà faticosamente cercare per orientarsi, essendo la materia trattata con ordine e chiarezza.

« Se poi lo studente e il medico pratico troveranno che l'A. preferisce di far sapere quel che ha fatto la scuola romana più che le altre scuole straniere e italiane, ciò anzichè creare al libro diffidenze, contribuirà ad accrescergli simpatie. *Quod est in votis* ».

Roma, marzo 1930-VIII.

SANTE DE SANCTIS.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

J. KOWARSCHIK. *Elektrotherapie*. 3ª ediz. Un vol. di pag. 312-269 con fig. e 5 tavole. Springer, ed., Berlino. Marchi 22.60.

In pochi anni quest'aureo libro del K. è alla sua 3ª edizione. In fondo l'impalcatura del libro non è cambiata, ma molti fatti sono stati aggiornati specie dal punto di vista fisiologico e clinico.

Precedono alcuni fondamenti di fisica (l'elettrone e la corrente elettrica, le misure in elettricità); segue la tecnica dell'elettroterapia (trattamento con la corrente continua; con la corrente alternata di bassa e alta frequenza, faradizzazione e arsonvalizzazione; trattamento con la corrente alternata nella nuova forma di corrente diatermica; trattamento con le macchine a influenza franklinica) e infine la parte fisiologica e terapeutica.

I vari capitoli della parte fisiologica e terapeutica (che nel complesso costituiscono quasi 2/3 del libro) rivelano l'importanza che l'A. ha dato a tutta questa materia: l'uomo come conduttore di elettricità; le azioni fisico-chimiche della corrente elettrica; le azioni fisiologiche nell'uomo sano e malato; l'elettrodiagnosi; l'importanza terapeutica delle varie forme di corrente; le malattie dei nervi periferici: le paralisi, le nevriti; le malattie cerebrali e midollari; le malattie articolari; le malattie de cuore e dei vasi; le malattie dell'apparato digerente; le malattie dell'apparato urinario; le malattie della pelle; le malattie degli organi di senso, ecc.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Sarebbe augurabile una traduzione italiana la quale sarebbe bene accolta come la traduzione dell'altro libro del K.: la *Diatermia*, oggi nella sua 2ª edizione italiana. E. MILANI.

P. LAZARUS. *Handbuch der ges. Strahlenheilkunde, Biologie, Pathologie und Therapie.* 2° volume, 3ª puntata, pag. da 457 a 759. Ed. Bergmann. Marchi 36.80.

Questo volume fa parte della II parte dell'opera pubblicata sotto la direzione di Lazarus. Hanno partecipato a questo volume: Forsell: sulla stabilità di guarigione dei tumori maligni; Opitz: operazione e irradiazione nei tumori maligni; Quick: trattamento röntgen- e radiumterapico dei tumori del laringe e faringe; Jüngling: irradiazione dei tumori maligni; Wintz: radioterapia dei carcinomi della mammella; Bayet e Sluys: radiumchirurgia; Berven: radioterapia dei tumori della bocca, naso, occhi.

Ogni capitolo costituisce una vera monografia: specialmente interessante è la parte svolta sulla radiumchirurgia da Bayet e Sluys in collaborazione con Neumann e Coryn, Ledoux, Delporte e Cahen, Gaudy e Sluys e la parte svolta da Berven di Stoccolma che costituisce un terzo della puntata. E. MILANI.

W. VIGNAL. *Les rayons ultraviolettes et infrarouges.* Ed. G. Doin, Collezione Attualità di Medic. pratica. Vol. in-16° di 240 pag. Fr. 30.

L'argomento è di attualità specialmente per quanto riguarda le conoscenze sui raggi infrarossi e sulla loro azione antagonista con i raggi di breve lunghezza d'onda. Il piccolo volume appare perciò interessante per la messa a giorno di alcuni problemi: dopo una breve introduzione sulle teorie della luce, segue un primo capitolo sulla definizione dei raggi ultravioletti e ultrarossi (proprietà fisiche, biologiche, azione sulla pelle, sul sangue, sugli occhi ecc.) un secondo capitolo sugli apparecchi, un terzo sulla tecnica della irradiazione e un quarto sulla pratica delle irradiazioni. Segue un appendice sugli incidenti e sugli accidenti dovuti al cattivo uso degli apparecchi o ad eccesso di dose. E. MILANI.

H. BERG. *Röntgenuntersuchungen am Innenrelief des Verdauungskanals.* Un volume di pag. 198 con 193 figure. Edit. G. Thieme, Lipsia 1930.

È relativamente di data recente lo studio radiologico delle alterazioni flogistiche o neoplastiche del tratto digerente con l'osservazione delle pliche della mucosa e delle alterazioni dal normale del contorno interno del tubo gastro-intestinale.

Quale sussidio diagnostico possa dare in molti casi uno studio così condotto, è dimostrato dalle numerosissime figure riportate dall'A. e dalla sua affermazione che in questo modo si renderà possibile di mettere in evidenza, quasi sempre, sintomi diretti dell'affezione.

La trattazione si apre con dati dettagliati di tecnica e con l'esposizione dei reperti normali nello studio del tratto digerente. Vengono illustrate in altri capitoli, in ordine anatomico, le alterazioni del contorno della mucosa prodotte dalle diverse affezioni studiate.

La riproduzione delle figure è eseguita magistralmente. V.

G. ZUCCHI. *Dottrina e tecnica del ringiovanire diatermico.* Milano, Soc. An. Ist. Editoriale Scientifico, pag. 234. L. 55.

Mentre l'A. nell'autunno del 1927 lavorava ad un'opera sulla diatermia (Hoepli, 1928) ebbe l'idea di sostituire l'innesto Voronoff con la diatermia testicolare: la diatermia testicolare è capace, secondo l'A., di vivificare tutte le funzioni del nostro organismo ma in modo particolare di rendere più fervide le funzioni del nostro cervello. Questo metodo (superiore, secondo l'A., al metodo della simpaticolisi dell'arteria spermatica e dell'innesto alla Voronoff) costituisce l'origine prima del libro: il resto è filosofia che non ha nulla a vedere colle possibilità di sviluppo del metodo. La teoria intorno alla molecola vivente ideata dall'A.; la teoria degli antagonisti pure emessa dall'A.; le idee sulla secrezione testicolare costituiscono materia, non necessaria, dei rispettivi capitoli (seguìti da un breve sunto in italiano, francese, inglese, tedesco) della parte « dottrina ». Appunti analoghi possono essere fatti a qualche capitolo della parte *tecnica*: di poca importanza appaiono le ricerche sulla resistenza dei testicoli alla diatermia, in parte note sono le notizie sull'iperemia, sull'attivazione delle secrezioni da parte della diatermia. Il capitolo X è dedicato alla descrizione degli elettrodi usati dall'A.: uno ovoide lievemente concavo con l'orlo perineale ribattuto e con due sostegni per le cosce, l'altro a farfalla che posa sopra i testicoli e con una incisura che permette l'applicazione sotto il pene. Mancano i dati di misura; non mancano i dati del prezzo per acquistare gli elettrodi dell'A. (125 lire).

Quattordici paginette chiudono il libro e sono quelle che vanno vagliate e discusse e che dovrebbero formare la ragione del libro: la durata dell'applicazione può variare da 20-30 minuti; l'intensità di corrente oscilla sui 15/10 di A. Bastano 20 applicazioni. I massimi benefici della cura si avrebbero dopo un mese dalla cura e durano oltre un anno: migliora l'umore e il carattere, diminuisce la stancabilità psichica e muscolare, migliora il ricambio, migliorano le funzioni digestive; gli effetti sulla funzione sessuale non sono invece i più notevoli della cura. Così l'A.

E. MILANI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Le otorragie.

Le otorragie possono essere prodotte da lesioni diverse:

1) Lesioni ossee: *a*) frattura del condotto uditivo esterno che, come è noto, può essere prodotta da caduta sul mento; l'osso s'incrina in corrispondenza della giuntura tra la porzione cartilaginea e quella ossea; si tratta di una lesione senza gravità; *b*) più gravi sono le fratture della rocca; quando l'emorragia è accompagnata da paresi o paralisi del facciale e da accenno di strabismo interno e conservazione dell'udito, si può supporre frattura longitudinale della rocca; la frattura invece può essere perpendicolare od obliqua quando l'emorragia è accompagnata o seguita da scolo sieroso, perdita dell'udito e paralisi facciale netta; *c*) nelle fratture della mastoide dopo 4 o 5 giorni si determina ecchimosi sulla regione mastoidea, e qualche volta anche otorragia; si può avere anche scolo di liquido cefalo-rachidiano più o meno prolungato, che prova l'esistenza d'una fessura che fa comunicare l'orecchio ed il lago meningeo.

2) Lesioni da cause esterne: corpi estranei, tappi di cerume, grattamento, eczema. Le lesioni del timpano sono determinate da pressione da parte dell'orecchio medio (tosse, grido, starnuto violento) o dell'orecchio esterno (esplosioni, colpi di cannone, ecc.).

3) Lesioni da cause otologiche: polipi, granulomi, otite cronica prolungata e complicata a necrosi; otiti emorragiche negli emofili, nei quali casi l'otorragia è preceduta da infiltrazione ecchimotica del timpano o da una vera porpora timpanica.

4) Cause vasali: l'otite cronica, le infezioni, i tumori possono produrre lesioni vasali gravi, erosione della carotide interna o del seno laterale. L'otorragia letale è rara.

(*Journ. d. Prat.*). DR.

Le emorragie della retina.

Le emorragie della retina interessano l'oftalmologo e il medico; esse presentano una sintomatologia speciale a seconda del punto retinico ove si manifestano; si trasformano in essudati fibrinosi biancastri, e talora possono assorbirsi, se sono piccole, o dar luogo ad un tessuto cicatriziale, che lascia un deficit funzionale permanente.

La diagnosi è facile, indaginosa è la ricerca dell'etiologia; in tal caso bisogna servirsi di tutti gli altri metodi d'indagine, ed escludere che vi sia un'affezione emorragica (vaiuolo, scorbuto) o una malattia del sangue (leucemia, anemia, emofilia).

Il Veil (*Journ. des Praticiens*, sett. 1929) riferisce tutto il quadro oftalmoscopico che si può riscontrare nelle emorragie per retinite albuminurica, in quelle della trombosi della vena centrale della retina, nelle emorragie che si riscontrano in retinite diabetica o in casi d'ipertensione arteriosa.

Accanto alle caratteristiche speciali per ciascuna forma, bisogna aggiungere quelle altre ricerche di laboratorio che possono apportare un valido aiuto alla eziologia di tali lesioni.

CARUSI.

CASISTICA.

Su alcuni casi d'ipertrofia acuta della tiroide.

Nell'agosto scorso, durante le esercitazioni fatte dal 2° Regg. Artiglieria da montagna in Alto Adige, Caliman Pavia (*Gior. Med. Milit.*, f. X, ott. 1929) ha osservato in diversi militari l'insorgenza acuta d'ipertrofia della tiroide. Tale manifestazione insorse in 2-3 giorni, senza febbre, si accompagnò a ingrossamento di diverso grado di uno o di tutti i lobi della ghiandola tiroide, con difficoltà del respiro e della deglutizione. Non furono notati sintomi propri del m. di Flajani-Basedow.

Su 440 militari se ne ammalarono 14; solo uno presentò sintomi di gravità; tutti furono curati con preparati jodici e di tiroidina.

Dalle ricerche fatte dal Pavia è emerso che solo alcuni soldati colpiti provenivano da zone o da parenti affetti da gozzo; gli altri erano di zone immuni. Inoltre nelle zone percorse dai soldati per le esercitazioni il gozzo è molto diffuso; per altre considerazioni era da escludersi una causa locale idrica.

L'A. ricorda le diverse teorie invocate per spiegare l'eziologia del gozzo: l'idrica o geologica, quella per contagio, dell'intossicazione e della carenza del jodo, e considerandole in rapporto all'insorgenza di tiroidite acuta che ha riscontrato nei militari, pensa che tale manifestazione morbosa trovi la sua spiegazione non in un solo fattore etiologico, ma in un complesso di cause che han concorso a promuovere l'insorgenza della malattia. Tali cause sono da ricercare: nello strapazzo del campo e delle escursioni, le quali hanno prodotto in individui predisposti la rottura dell'equilibrio tra le diverse ghiandole endocrine; nella deficienza di jodo nell'ambiente in cui erano vissuti a lungo, e infine nella compressione dei vasi sanguigni, con conseguente congestione ed ipertrofia della tiroide.

CARUSI.

L'obesità tiroidea.

Molte obesità sono legate a disfunzioni endocrine; quella dovuta ad ipofunzione tiroidea presenta talora dei disturbi così incompleti, da rendere difficile una diagnosi etiologica.

H. Gurshmann (*Deut. mediz. Woch.*, n. 42, ott., 1929) ricorda i segni che si riscontrano in una obesità tiroidea. Principale fra tutti è la diminuzione del metabolismo basale, il quale dà cifre normali nell'obesità di altra natura. A tale disturbo si aggiungono alterazioni nel ricambio degli albuminoidi; si può trovare un aumento nella viscosità del siero ed un aumento delle albumine del siero stesso. A queste ricerche di laboratorio, spesso si associano sintomi subbiettivi: pelle secca, costipazione ostinata, lesioni dentarie ecc.

Tuttavia una diagnosi differenziale tra l'obesità tiroidea e quella ipofisaria o genitale talora presenta delle difficoltà non facili a superare.

Dal punto di vista patogenetico l'obesità tiroidea, secondo l'A., deve essere intesa ammettendo la teoria di Kendall, la quale attribuisce alla tiroide diverse sostanze ormoniche, di cui alcune agirebbero sul metabolismo dell'acqua, altre sugli scambi respiratori, nella difesa dell'organismo verso le tossine, e così via.

Ammettendo una tale ipotesi, una lesione di alcuni elementi ghiandolari potrebbe stabilire quello stato di distiroidia, con disturbi su speciali elementi, per es., sul metabolismo dei grassi ecc., i quali porterebbero all'obesità, distiroidia affermata, ma finora non ancora confermata da prove irrefutabili.

L'assenza di lesioni anatomiche non può escludere la dipendenza dell'obesità dalla tiroide, mentre l'efficacia della cura specifica con estratti tiroidei è una prova di indubbio valore sull'etiologia tiroidea dell'obesità.

CARUSI.

Modificazione del volume cardiaco in seguito a cure dimagranti.

W. Scharpff (*Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, CLXV, n. 1-2, sett. 1929) servendosi della teleradiografia ha osservato il cuore di 51 malati, sottoposti a cure dimagranti.

In 30 soggetti obesi, a cuore e vasi normali, ha constatato una diminuzione del volume del cuore, allorchè il peso era diminuito di almeno 7 chili. Nei casi in cui il cuore appariva piccolo prima della cura, non fu notata alcuna modificazione.

Negli obesi con pressione sanguigna aumentata, il cuore è diminuito nei suoi diametri in relazione all'abbassamento della pressione e del peso del corpo.

Quando invece il cuore è già leso non si osserva alcuna diminuzione del suo diametro.

Questa diminuzione non deve essere messa in rapporto nè con una torsione del cuore, nè con la diminuzione del grasso del cuore, ma piuttosto con la diminuzione del residuo sistolico.

Nei giovani l'ingrandimento del cuore è meno importante che nei vecchi, in cui le resistenze sono maggiori. Comunque ogni dilatazione costituisce un fatto patologico, e impone una cura dimagrante, la quale più che non si pensi, riduce la dilatazione e rinforza il muscolo cardiaco.

CARUSI.

TERAPIA.

Le grandi linee del trattamento antisifilitico.

Sono così abbozzate da R. Levy (*La Vie médicale*, 1929, p. 921).

1) La sifilide deve essere trattata il più precocemente ed il più attivamente possibile.

2) Tutte le varietà dei medicamenti antisifilitici debbono essere usate. Esse sono, per ordine di efficacia (secondo l'A.): arsenico, bismuto, mercurio, joduro di potassio.

3) Tenuto conto che il mercurio ed il bismuto danno inconvenienti analoghi (nefriti e stomatiti), si separerà la serie bismutica da quella mercurica mediante una serie arsenicale; durante il trattamento al bismuto ed al mercurio, si esamineranno sistematicamente le urine e si avrà particolare cura della bocca e dei denti. Con questi due rimedi si darà anche lo joduro.

4) Non lasciare riposo fra le varie serie. L'A. dà questo schema:

Arsenico (mesi 2 e 1/2). Bismuto e joduro (mesi 2). Arsenico (mesi 2 e 1/2). Mercurio e joduro (mesi 2 e 1/2). Arsenico (mesi 2 e 1/2). Bismuto e joduro (mesi 2 e 1/2). Arsenico (mesi 2 e 1/2), poi mercurio e joduro.

5) Praticare frequentemente la sieroreazione.

6) Nelle forme gravi, l'A. consiglia il trattamento intensivo, con 4 serie arsenicali e 2 rispettivamente di bismuto e di mercurio; le serie arsenicali si fanno ad intervalli di un mese, anche sovrapposte alle altre.

7) Il trattamento dovrà esser incominciato dai primi giorni di comparsa dell'ulcera e continuato per un anno dopo la scomparsa dei segni clinici o sierologici. Se lo si incomincia alla comparsa delle sieroreazioni positive, sarà continuato per un anno e mezzo dopo la negatività di queste (purchè il paziente non abbia avuto altri fenomeni che l'ulcera).

Se si sono avuti fenomeni secondari, sarà continuato per 2 anni e 1/2 a 3 dopo la scomparsa della sieroreazione, ed in caso di sifilide terziaria, dopo 3.

8) In seguito, il malato sarà sorvegliato e si faranno, ogni 3-6 mesi l'esame clinico e sierologico, eventualmente la sierologia del liquor.

fil.

Il bismuto per via orale nella sifilide.

Da esperimenti di O. Brigham (*American medicine*, dicembre 1929) fatti sugli animali come pure dai risultati clinici, il bismuto ha notevole valore nel trattamento della sifilide.

Gli studi clinici e sierologici compiuti su malati trattati con somministrazione orale di tartrato di sodio e bismuto e con preparati organici di jodio hanno mostrato grandi miglioramenti e reazioni sierologiche negative.

Per i risultati ottenuti, l'A. si ritiene autorizzato a raccomandare la somministrazione orale di bismuto nel trattamento precoce e tardivo della sifilide. *fil.*

Gli eritemi degli arsenobenzoli.

Gli arsenobenzoli possono provocare spesso delle eruzioni eritematose. G. Garnier (*Thèses de Paris* e *Presse médicale*, 5 ott. 1929) ne distingue due tipi:

1) frequenti e precoci, eritema del nono giorno, di breve durata, accompagnantisi a segni infettivi e riproducenti il tipo delle febbri eruttive (morbillo, scarlattina, ecc.);

2) rari, tardivi, ad evoluzione più lunga e spesso grave, che costituiscono l'eritrodermia vescicolo-edematosa.

I primi hanno natura infettiva e sono dovuti all'esaltazione della virulenza del microbo, da parte degli arsenobenzoli (biotropismo di Milian), mentre gli altri sono una manifestazione di intossicazione arsenicale.

Da questi dati, si deducono delle conseguenze terapeutiche. Contro i primi, si potrà riprendere la cura arsenobenzolica, mentre questa è controindicata per i secondi.

L'A. ha intrapreso delle ricerche allo scopo di lumeggiare la patogenesi e di facilitare la diagnosi differenziale. Risulta da esse che:

1) gli individui normali, che non hanno mai avuto trattamenti arsenobenzolici, non hanno sensibilità cutanea per tali medicamenti (intradermoreazione sempre negativa);

2) gli individui con eritema biotropico hanno un'intradermoreazione negativa nel 90 % dei casi;

3) gli individui con eritrodermia (accidente tossico) hanno intradermoreazione positiva nel 100 % dei casi.

Tale ipersensibilità persiste per mesi ed anni, fatto d'importanza pratica, poichè si potrà stabilire la diagnosi retrospettiva di eritrodermia anche dopo parecchi anni che è scomparsa. Ciò permetterà di evitare la ripresa dei trattamenti arsenobenzolici, che potrebbero avere, in tal caso, gravi conseguenze.

L'esistenza di questa intradermoreazione positiva non sembra costituire un argomento in favore dell'origine anafilattica dell'eritrodermia; l'A., di fatto, non ha potuto trovare precipitine specifiche nel siero di malati affetti da eritrodermia e non ha mai potuto realizzare la trasmissione dell'anafilassi passiva. *fil.*

La cura della sifilide nei malati renali.

Ogni terapia antisifilitica deve basarsi sulla conoscenza perfetta della capacità funzionale dei due reni che andrebbe controllata non solo nei periodi di cura, ma anche in quelli di riposo.

La cura antiluetica, dice Gourdy di Buenos Ayres (*Revista Medica Latino-Americana*, numero 150, 1928) è controindicata in tutti i reni insufficienti scompensati, in ogni caso sono assolutamente da proscriversi i sali insolubili.

Si devono preferire gli arsenicali ed i mercuriali. Le prime dosi siano più basse che di norma, non si passi mai alla dose successiva se non vi è stata tolleranza perfetta. Il bismuto, checchè se ne dica, è un antisifilitico ancora troppo poco conosciuto perchè si possa sostituirlo ai vecchi rimedi. Il regime dietetico è cura complementare indispensabile in ogni nefropatia. L. TONELLI.

MEDICINA LEGALE.

Sulla simulazione e sulla dissimulazione del diabete.

G. Rosenfeld (*Mediz. Klinik*, n. 1, 1930) riferisce tre casi di simulazione e dissimulazione del diabete; nel primo caso si trattava di un paziente che, desiderando di ottenere un posto gratuito nell'Ospedale Israelita di Karlsbad, presentò dell'urina con un peso specifico altissimo (1070) che risultò dovuto all'aggiunta di un'abbondante quantità di zucchero di canna, come fu riscontrato al polarimetro.

Numerosi casi di diabete simulato furono riscontrati durante la guerra, in mezzo alle reclute che speravano così di sfuggire al servizio militare; le reclute ebree nascondevano sotto le unghie pezzetti di zucchero e li facevano abilmente cadere nel calice in cui urinavano, magari urinando direttamente sulle dita; ma questo espediente aveva in genere scarsi risultati perchè nella lunga attesa che dovevano fare prima di essere chiamati alla visita, le reclute perdevano quasi tutto il loro zucchero di sotto le unghie.

Le reclute cristiane, meglio fornite, nascondevano addirittura lo zucchero sotto il prepuzio, rendendo così estremamente facile il passaggio del zucchero nelle urine; tuttavia anche in questo caso con poco frutto perchè la quantità di zucchero era talmente scarsa che la reazione riusciva in genere negativa; sarebbe stato più facile e più sicuro per loro farsi praticare una iniezione di 0,2 di Florizina in soluzione debole di soda due ore prima della visita.

Al contrario un signore che voleva firmare una polizza di assicurazione per la vita, presentatosi all'A., fu — come di consueto — invitato ad urinare e lasciato solo; dopo un momento il paziente presentò al medico il calice contenente l'urina che fu sottoposta alle solite prove, con esito assolutamente negativo. Mentre il medico praticava l'esame fu però colpito dalla bassa temperatura dell'urina che, per essere stata emessa un momento prima, avrebbe dovuto logicamente essere calda; gli sovvenne allora anche che il rumore prodotto

dal paziente urinando era stato dissimile dall'abituale, tanto da fargli pensare che si trattasse di un liquido versato da una bottiglia nel calice; tornato dal paziente, lo invitò con una scusa ad urinare ancora un poco e si trattenne, durante la minzione, in sua presenza; l'urina era naturalmente calda e conteneva zucchero e albumina.

A questo punto l'A. osserva che sarebbe bastato un congruo trattamento insulinico per far scomparire quello zucchero e assicurare il successo dell'inganno; questo lo trae a considerazioni di indole nettamente pratica sulla importanza di questi diabeti larvati dalla cura insulinica in confronto alle Assicurazioni per la vita; occorrerebbe una stretta vigilanza dei malati, cosa non sempre facile, e la ricerca dell'insulina nelle urine, che difficilmente riesce. Ne deriva un danno per le Compagnie di assicurazione, specie se si considera l'alta mortalità dei diabetici, sopratutto in questi ultimi anni.

V. SERRA.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

La vigilanza sanitaria delle carni.

Le norme legislative sulla vigilanza igienica delle carni, per l'addietro contenute nel Regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901 n. 45 e nel Regolamento 3 agosto 1890 n. 7045, nonchè nel Regolamento speciale 21 luglio 1927 n. 1586, sono state unificate nel *Regolamento per la vigilanza sanitaria delle carni* approvato con R. decreto 20 dicembre 1928 n. 3298, il quale ha abrogato tutte le precedenti disposizioni in materia e costituisce oggi un testo completo che disciplina la vigilanza igienica dell'importante alimento.

Per quanto l'applicazione di questo regolamento sia prevalentemente di competenza del veterinario comunale, è opportuno che anche gli ufficiali sanitari ne abbiano esatta conoscenza, perchè ad essi spetta la direzione di tutti indistintamente i servizi municipali di vigilanza igienica, e perchè non è escluso che in qualche Comune, ove manca il veterinario, l'ufficiale sanitario debba disimpegnare anche questo servizio.

Il titolo I del citato regolamento riguarda i *mattatoi pubblici e privati*. A norma dell'articolo 109 del regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, ogni Comune con una popolazione agglomerata superiore ai seimila abitanti, deve avere un pubblico macello sorvegliato dall'autorità sanitaria comunale; dove questo esista è vietato macellare fuori di esso. Il regolamento speciale conferma tali disposizioni, aggiungendo che i Comuni, per i quali è prescritto il pubblico macello, e che non vi abbiano ancora provveduto, saranno obbligati d'ufficio ad impiantarlo. La macellazione per uso privato, o a scopo industriale, fuori del pubblico macello, non è consentita che in via eccezionale dall'autorità comunale, previa approvazione prefettizia. Pei Comuni con popolazione inferiore a seimila abitanti, il Prefetto, sentito il Consiglio provinciale di sanità, può procedere alla istituzione di Consorzi obbligatori per la costruzione di macelli consorziali o per la trasformazione in consorziali di macelli già esistenti.

Gli art. 3, 4 indicano i requisiti a cui devono rispondere i macelli a seconda dell'importanza del Comune.

L'art. 5 stabilisce le modalità per la eventuale autorizzazione a costruire macelli privati per uso di stabilimenti per la preparazione di carni insaccate.

La direzione e l'ispezione sanitaria dei pubblici macelli debbono essere affidate ai veterinari municipali; dove manchi il servizio veterinario la ispezione delle carni, quando non possa affidarsi al veterinario di un Comune vicino o ad un libero esercente, *sarà fatta dall'ufficiale sanitario* (art. 6).

Nei capoluoghi di provincia la nomina del direttore del pubblico macello deve farsi per concorso per titoli ed esami.

Il titolo II tratta *della macellazione e della ispezione degli animali e delle carni nei mattatoi pubblici e privati*. Vi sono indicati i sistemi da adottarsi per l'uccisione degli animali e le norme per la visita sanitaria prima della macellazione e per l'ispezione delle carni da eseguirsi subito dopo; tale ispezione deve essere « metodica, accurata e minuziosa: nessuna parte, nessun viscere devono esser sottratti alla visita ed asportati dai locali di macellazione, prima che il sanitario abbia emesso il suo giudizio » (art. 12). Per la macellazione da eseguirsi dai privati a domicilio, il sanitario deve essere avvertito il giorno avanti e ad esso spetta fissare l'ora della visita e della macellazione; nei casi di macellazione d'urgenza occorre l'avviso immediato; ove l'urgenza non risulti ed appaia evidente il dolo, il sanitario deve farne denuncia all'autorità comunale (art. 13, 14). Avvenuta l'ispezione, le carni saranno timbrate col bollo del Comune portante la sigla *V. S.* (visita sanitaria). Ogni macello deve tenere un registro di macellazione a madre e figlia.

Gli art. 19 a 27 specificano le norme da seguirsi in caso di macellazione di animali affetti o sospetti di malattia, avvelenati o le cui carni risultino modificate per odore o sapore in seguito a ingestione di speciali medicamenti o alimenti o per altre cause. Sono esclusi dalla macellazione, anche di urgenza, gli animali infetti o clinicamente sospetti di rabbia, carbonchio ematico, carbonchio sintomatico e edema maligno. Dettagliate indicazioni son date (art. 20, 21, 22) per l'assegnazione delle carni alla bassa macelleria, nel qual caso deve

stabilirsi se queste debbano essere vendute crude colla semplice indicazione « da non usarsi se non cotte » o se debbano subire la cottura nel macello prima della vendita. Per ognuna di tali assegnazioni deve esser redatto dal veterinario apposito verbale.

Particolari istruzioni (art. 23) riguardano le carni di animali affetti da tubercolosi. Quando si tratti di lesioni a carattere localizzato, le carni possono essere, secondo i casi, ammesse al consumo o destinate alla bassa macelleria o sottoposte a cottura; debbono però sempre venire distrutte le parti che sono sede delle lesioni, e tutte le carni dell'animale quando esso si presenti in stato di eccessivo dimagramento.

Per gli animali infestati da cisticerco (art. 24) sono prescritti speciali trattamenti (cottura, salatura, affumicamento, conservazione in frigorifero) da eseguirsi nel macello sotto la sorveglianza del veterinario comunale.

Il titolo III contiene le *disposizioni per gli spacci di carne fresca, congelata o comunque preparata, per i locali di deposito e per i frigoriferi*. L'apertura degli spacci è subordinata ad autorizzazione comunale, previo riconoscimento dalle loro buone condizioni igieniche: è prescritto che i locali abbiano pavimento e pareti (fino a 2 metri) impermeabili e facilmente lavabili e banchi di marmo o di altro materiale ritenuto idoneo; per gli spacci di carni congelate è obbligatoria la cella o armadio frigorifero (art. 29). È vietata la vendita promiscua di carni di libero consumo e di quelle di bassa macelleria. Le carni equine devono esser vendute in spacci appositi (art. 30).

L'attivazione e l'uso di impianti e celle frigorifere per la conservazione delle carni sono soggetti ad autorizzazione del Prefetto, previ i necessari accertamenti sanitari e tecnici (art. 33). È proibita la congelazione delle carni di bassa macelleria. È prescritto il controllo sanitario delle carni congelate provenienti da altri Comuni all'atto dell'introduzione nel frigorifero. Nei frigoriferi deve esser tenuto un registro delle carni in deposito e del loro movimento e spetta al veterinario comunale il controllo sullo stato di conservazione di dette carni; se queste risultino alterate, e perciò inadatte al consumo, devono esser poste sotto sequestro, dandone notizia al Prefetto per i provvedimenti di sua competenza.

Nel titolo IV sono indicate le *disposizioni per il trasporto delle carni;* esso deve farsi in carri chiusi, con coperchio fisso, ben connessi e puliti, rivestiti internamente di lamiera di zinco o altro adatto metallo e costruiti secondo il modello prescritto dall'autorità comunale (art. 39). La carne fresca proveniente da altri Comuni deve: portare il bollo del Comune di origine, essere accompagnata da una dichiarazione del veterinario, vidimata dal Podestà, sulla sanità e regolare macellazione dell'animale di provenienza, ed esser sottoposta a nuova visita nel Comune di destinazione (art. 40). Le carni destinate agli stabilimenti di insaccamento devono esser trasportate in recipienti chiusi e bollati sotto il controllo dell'autorità comunale (art. 41). Anche le carni congelate provenienti da altro Comune debbono essere scortate dal certificato veterinario: quelle non idonee al consumo, o da ammettersi a consumo condizionato, possono esser trasportate fuori Comune solo coll'autorizzazione del Prefetto, per destinazione nell'ambito della Provincia, e del Ministero dell'interno, per destinazione fuori Provincia (art. 44).

Il titolo V tratta delle *carni di bassa macelleria.* È opportuno ricordare che, a norma dell'art. 24 del reg. 3 agosto 1890, si considerano come tali le carni di animali morti od uccisi per determinate malattie o per lesioni traumatiche che, avendo in parte perduto del primitivo valore nutritivo ed essendo facilmente alterabili, devono esser vendute prestamente come carni di seconda qualità e da non usarsi se non cotte. La bassa macelleria di regola deve esser esercitata dal Comune direttamente, in caso contrario esso ne vigila la gestione e provvede al controllo sanitario. Le assegnazioni alla bassa macelleria, con le cause che le hanno motivate, devono esser segnalate mensilmente alla Prefettura. La vendita delle carni di bassa macelleria è fatta in locali o banchi speciali, sotto il controllo sanitario e colle norme da stabilirsi in apposito regolamento comunale; le carni saranno bollate con timbro a grandi lettere colla dicitura « bassa macelleria ». Se provengono da altri Comuni devono esser accompagnate dalla copia del verbale di assegnazione alla bassa macelleria, essere in pezzi non inferiori ad un quarto e venir sottoposte a nuova visita nel Comune di arrivo (art. 49).

Nel titolo VI sono enunciate le *disposizioni per i laboratori di carni insaccate, in iscatola,* ecc. L'apertura di essi è subordinata all'autorizzazione comunale, previa visita e parere favorevole del veterinario. Per i laboratori di maggior importanza, con produzione destinata alla vendita fuori Comune, e per quelli che preparano estratti di carne, brodi concentrati ed altri prodotti alimentari, occorre anche l'approvazione del Prefetto. I laboratori debbono sorgere in località dove sia facile il controllo e funzionare sotto la vigilanza del veterinario comunale (art. 50). Il personale addetto ai laboratori deve risultare esente da malattie trasmissibili ed esser sottoposto a periodiche visite di controllo dall'ufficiale sanitario (art. 51). Oltre le norme relative alla vigilanza sulle carni da sottoporre a lavorazione, sono importanti, nella pratica, quelle riguardanti gli insaccati. Nella loro confezione è proibito l'uso delle carni di bassa macelleria. La mescolanza di carni di specie animali diverse, o l'impiego di carni congelate, sono subordinati

all'approvazione prefettizia. Gli insaccati debbono portare un bollo metallico col nome della ditta produttrice, del luogo di produzione e colla sigla delle specie di carni usate nella confezione (S, suine; B, bovine; O, ovine; E, equine); un altro bollo porterà eventualmente la scritta: « carne congelata » colla sigla della specie animale cui appartiene. Sono esclusi dall'obbligo del bollo i piccoli insaccati in filze, che si consumano freschi nel luogo di produzione; per l'esportazione fuori Comune anche questi debbono portare un bollo a ciascuna estremità della filza.

Le operazioni consentite nella lavorazione sono: la salatura, l'affumicamento, l'essiccamento, la cottura, la sterilizzazione, la refrigerazione e l'aggiunta delle droghe di condimento. È ammessa l'aggiunta di salnitro puro non superiore ai 25 centigr. per kgr. di carne. È vietato l'uso di materie coloranti, sostanze amidacee e di qualsiasi altra sostanza che possa modificare la normale costituzione degli insaccati (art. 55).

È vietato l'inscatolamento di carni equine; le scatole di carne, estratti, brodi concentrati, ecc., devono portare in caratteri chiari e indelebili l'indicazione del contenuto, della ditta produttrice e la marca di fabbrica (art. 58).

Le norme del regolamento si applicano anche alla vigilanza sul pollame, conigli e selvaggina; per quest'ultima il Reg. 3 agosto 1890 fa obbligo che porti le tracce dell'avvenuta uccisione ed esclude dal consumo quella morta per malattia od in via di putrefazione.

Nelle disposizioni generali del regolamento sono stabilite le penalità per le contravvenzioni; è detto inoltre che in tutti i locali di macellazione e di commercio della carne, oltre a mantenersi la massima pulizia, deve organizzarsi la lotta contro le mosche (art. 61).

Accenniamo anche, prima di chiudere questa breve trattazione, al R. decreto legge 19 maggio 1927 n. 868, il quale, pur avendo finalità piuttosto commerciali che sanitarie, interessa i funzionari preposti alla vigilanza igienica delle carni, in quanto distingue queste ultime, tanto fresche che congelate, in carni di prima e di seconda qualità e, per i centri di popolazione agglomerata superiore ai quindicimila abitanti, fa divieto della vendita nello stesso spaccio così delle carni fresche e congelate, come di quelle di prima e di seconda qualità.

La vigilanza igienica sulle carni e loro derivati, che è certamente bene organizzata nei grandi centri ed anche in molti altri, lascia alquanto a desiderare in non pochi Comuni, specie rurali. È compito dunque degli ufficiali sanitari, consapevoli dell'importanza igienica della salubrità di questo alimento, esigere la piena osservanza delle norme, giustamente rigorose, del regolamento ora illustrato.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. S. G., da C.:

Come risulta dal bando di Concorso, gli otto posti messi a concorso dal Governatorato di Roma per medici condotti di 2ª classe riguardano condotte dell'Agro Romano.

g. s.

Al dott. N. B., abb. n. 8657-1:

Per divenire medico di bordo presso Compagnie di Navigazione Italiane occorre anzitutto aver ottenuto l'autorizzazione ad imbarcare come tale per parte del Ministero degli Interni. L'autorizzazione è concessa dopo aver superato le prove di appositi concorsi che si bandiscono ogni 5 o più anni a seconda le esigenze. In linea subordinata occorre esser iscritti al Sindacato Gente di Mare ed esser prenotati per attendere il proprio turno (ricordarsi che attualmente il numero degli imbarchi è oltremodo limitato!) e compiere un viaggio.

R. M.

Al dott. Paolino:

Sul siero di Jouseet, si è dato risposta nel nostro giornale, numero del 2 dicembre 1929, pag. 1774. Per ulteriori particolari, veda *Presse médicale*, 16 marzo 1929.

fil.

Al dott. U. Sandrini, da Risano:

Consulti: GALLEANI: *Come si cucina il riso*. U. Hoepli ed., Milano, 1929. L. 12,50. Del riso nell'alimentazione, si è largamente occupato il prof. L. DEVOTO; veda *Policlinico*, Sez. pratica, 1928, p. 255.

fil.

Al dott. M. C. da P. C.:

Suggeriamo:

F. CANELLI: *La semeiologia pediatrica.* I volume (*Morfologia e fisiologia dell'infanzia*). Tipografia Luigi Cecchini. Torino, 1929.

K. PETER-G. VETZEL-F. HEIDERICH: *Handbuch der Anatomie des Kindes.* München, 1927, Ed. J. F. Bergmann.

E. LESNÉ et L. BINET. *Physiologie normale et pathologique du nourrisson.* Ed. Masson. 1921.

S. L.

All'abb. n. 3467:

In francese il trattato: *Diathermie e Diathermothérapie* di BORDET.

Pratico, ottimo, sintetico, preciso è il trattato del KOWARSCHICK, tradotto in italiano, la cui II edizione è uscita in questi giorni per cura di Chiozzi e Vidale. Lo preferisca.

M. E.

VARIA.

La sifilide professionale tra i sanitari.

Djentschelsky e Slinko (*Vratchebnoie Dielo*, 15 mag. 1929) informano che gli uffici scientifici del Sindacato dei lavoratori sanitari e dell'Istituto venereologico dello Stato di Charcov hanno organizzato, durante il 1928, un'inchiesta sulla sifilide professionale dei sanitari, mediante un questionario diramato a tutte le Sezioni ucraine del Sindacato. Si sono ricevute 314 risposte, che segnalano 43 casi di sifilide professionale tra i « lavoratori sanitari »; aggiungendovene altri 8 già resi noti, si ha un totale di 51. Di essi 24, ossia circa la metà, sono stati osservati a Charcov.

Secondo le professioni, si ripartiscono come segue: medici 25 (23 uomini, 2 donne), dentisti 2 (1 uomo, 1 donna), aiutanti medici 10 (9 uomini, 1 donna), levatrici 10, infermiere 2, infermieri 2: in totale 35 uomini e 16 donne.

Comparando questi risultati con quelli di G. Hallott, il quale dalla letteratura medica di tutti i Paesi prima del 1924 potè riunire 530 casi di sifilomi nei medici, gli AA. ne desumono che la sifilide professionale dei medici è più frequente in Russia che altrove.

Le contaminazioni si sono prodotte come segue: durante l'assistenza ai parti, 17; durante le cure antiluetiche, 10; durante operazioni ginecologiche, 6; durante operazioni di chirurgia generale, 5; ecc.

Nella maggioranza dei casi il sifiloma primario era localizzato alle dita: in 29 casi su 43, ossia nel 67 %.

L'evoluzione della malattia è per solito grave, poichè questa non viene a lungo sospettata, e quindi non viene curata: tra i 25 medici l'evoluzione fu gravissima in 11. Inoltre la malattia determina per solito, nei medici, una grave depressione psichica.

Gli AA. credono che la malattia sia più frequente di come non si creda e che presenti un grave pericolo sociale, poichè inconsapevolmente i medici possono contaminare i loro malati.

Per la profilassi, gli AA. credono che convenga familiarizzare di più i medici con la clinica della sifilide e che convenga studiare la sifilide professionale come capitolo speciale nei corsi d'igiene sociale e di venereologia, affinchè il medico si renda esatto conto del pericolo.

Gli AA. credono che lo Stato dovrebbe assicurare i medici contro le malattie professionali, in particolare contro la sifilide.

(Dagli *Annali d'Ig.*, febr. 1930). M.P.

Il problema sociale dei vecchi.

La durata media della vita presso gli antichi non era superiore ai 20 anni, tenendo conto delle enormi ecatombi di bambini: in altre parole ogni neonato aveva una probabilità media di 20 anni di vita. Attualmente la vita media è salita a 50 anni.

Questo confortevole risultato medico ha per conseguenza la soluzione del problema sociale di provvedere al crescente numero dei vecchi oltre i 65 anni, dei quali in vista del continuo perfezionamento meccanico e della sovrabbondanza di forze giovani solo circa il 60 % trova lavoro.

(*Bollett. Med. Trentino*, nov. 1929).

Un farmacista dei tempi di Roma a Londra.

Gli archeologi ci dicono oggi, dopo tanti secoli, il nome del primo farmacista romano recatosi a Londra a portare le sue miscele chimiche, i suoi empiastri, i suoi unguenti, al seguito delle legioni di Roma. Si chiamava Lucius Julius Senis, e doveva essere un uomo coraggioso questo mercante latino, non tanto per essersi portato sino alle prode di Albione, quanto perchè la sua mercanzia farmaceutica non era tutta di prima... necessità, e, come ce lo assicurano le Autorità del British Museum, prevalentemente costituita da cold-cream. Lucius vendeva creme e belletti per il viso delle donne belle e gli affari non dovevano andar male perchè subito egli, importando i barattoli dalla Gallia, aperse bottega a Londra, e su i barattoli si diede a stampigliare la marca di fabbrica! Su un frammento di vasetto di terra rossa rinvenuto nel quartiere di Morgate durante gli scavi si è scoperto il monogramma di Lucius, e si sono lette le parole «Liulseniscr Oqodadaspr», che significano secondo gli archeologi «crema per ammorbidire la pelle; formula di Lucius Julius Senis».

È dai farmacisti di allora che nacquero dunque i complicati moderni profumieri.

(*La Rif. Med.*, n. 6, 1930).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

A. SEGA e A. BRUSTOLON. *Leucemia monocitica o reticulo endoteliosi leucemica?* — Tip. Coop., Pavia, 1929.

G. ROASENDA. *Neuriti multiple, su base infettiva o tossica messe in evidenza da prolungati od esagerati sforzi muscolari.* — Tip. Ed. Minerva, Torino, 1929.

ID. *Paralisi da convergenza e conservazione degli altri movimenti isolati ed associati dei bulbi oculari, esito di encefalite epidemica.* — Tip. S. Bernardino, Siena, 1928.

A. DI VESTEA. *La maggiore questione igienica del giorno, la ospitalizzazione dei tubercolosi.* — Poligr. Operai, Milano, 1929.

G. BERGHINZ. *Resoconto Clinica Pediatrica anno Accademico* 1928-1929. — Tip. Messaggiero, Padova.

F. PEDRAZZINI. *Della papilla da stasi.* — Tip. Poliglotta, Roma, 1929.

E. D'ABUNDO. *Contributo sperimentale allo studio delle regioni dell'ipotalamo e del peduncolo cerebrale.* — V. Idelson, Napoli, 1928.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Sui servizi igienico-sanitari negli Istituti di Maternità.

Gli ispettori dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia hanno accertato che nella maggior parte degli istituti assistenziali manca un servizio sanitario e continuativo e che in non pochi istituti di maternità e brefotrofi la direzione sanitaria è affidata a persone sprovviste dei prescritti titoli e assunte in servizio senza la garanzia del pubblico concorso.

Insomma in più dei casi, con ripieghi, si elude la legge ed il regolamento le cui disposizioni hanno carattere precettivo e da più tempo sono entrate in vigore.

L'on. Blanc, R. Commissario dell'O. N. M. I., preoccupato di questo andamento, che invece di promuovere il miglioramento della stirpe la danneggerebbe, ha diramato una circolare ai presidenti delle Federazioni Provinciali, acciocchè vigilino sull'esatta osservanza delle disposizioni che rendono obbligatorio il concorso per la nomina dei sanitari, e di quelle che richiedono speciali titoli per la direzione di determinate categorie di istituti e perchè in ogni istituto pel ricovero di fanciulli e adolescenti ci sia un medico, congruamente retribuito, il quale, oltre a prestare, ove ne sia il caso, l'opera sua per la cura degli infermi, provveda alla buona organizzazione dei servizi igienici dell'istituto, prepari le tabelle dietetiche, vigili sull'igiene del corpo, dell'alimentazione e del vestiario dei singoli ricoverati, determini, d'accordo con gli insegnanti, gli orari e la distribuzione del lavoro intellettuale, controlli i risultati dell'educazione fisica, promuovendo speciali provvedimenti nei riguardi dei fanciulli gracili e anormali.

L'on. Blanc nella sua circolare non disconosce che la precisa applicazione delle norme legislative e regolamentari richiederà qualche sacrificio finanziario, ma assicura che l'O. N. M. I. nell'esame delle domande di sovvenzione, non mancherà da parte sua di prendere in particolare considerazione, come d'altronde finora ha fatto, quelle presentate dagli istituti che abbiano regolarmente ed efficacemente organizzati i servizi igienico-sanitari, o che almeno mostrino di avere già predisposti gli elementi necessari, per una buona organizzazione di tali servizi.

Le arti ausiliarie nelle professioni sanitarie.

Il sottosegretario agli Interni on. Arpinati ha diretto a tutti i prefetti del Regno chiare illustrazioni al regolamento sulle arti ausiliarie nelle professioni sanitarie.

Come è noto tutti coloro che esercitano le arti in parola hanno potuto continuare l'esercizio anche se sprovvisti di titoli fino alla chiusura della sessione locale di esame. Essendo ormai chiusa in tutto il Regno questa sessione, ne consegue che nessuno può più esercitare le arti ausiliarie della professione sanitaria, se non abbia conseguito il certificato di idoneità o altra autorizzazione prefettizia. Unica eccezione è fatta in favore degli infermieri ospedalieri. Costoro, quando siano in servizio almeno dal 16 agosto 1927 possono esercitare la loro mansione negli ospedali ai quali sono addetti, anche se sprovvisti del certificato di abilitazione. Ma l'eccezione riguarda soltanto il servizio ospedaliero, sicchè ne consegue che gli infermieri ospedalieri sprovvisti di titolo non possono assolutamente esercitare la propria arte fuori dell'ambito spedaliero e sono quindi al pari di ogni altro abusivo esercente, soggetti a penalità qualora siano sorpresi nel proprio o nello altrui domicilio in quella esplicazione dell'arte loro che fuori dello ospedale rappresenta una illecita attività.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Bergamo. *Istituti Ospitalieri.* — Primario ostetrico dell'Ospedale Maggiore e Direttore dell'Istituto Provinciale di Assistenza materna ed infantile (Maternità e Brefotrofio); L. 5000 oltre L. 800 serv. att., nette; partecipaz. proventi, ecc.; scad. ore 17 del 10 apr.; doc. a 3 mesi dal 5 mar.; tassa L. 50. Chied. annunzio. Rivolgersi alla Segreteria o all'Ispettorato Sanitario.

Caianello (*Napoli*). — Per titoli. Stipendio annuo iniziale L. 9500 soggetto alle solite ritenute di R. M. e Cassa Prev. Domanda in carta bollo L. 2 e documenti debbono pervenire alla Segreteria del Comune non più tardi delle ore 14 del 20 aprile. Per altri chiarimenti chiedere bando di concorso alla Segreteria predetta.

Catanzaro. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; L. 12.000 e 5 quadrienni, oltre L. 3000 trasp.; scad. ore 12 del 20 apr.; domanda in carta da L. 3; tassa L. 50; età lim. 45 a.; titoli ed esami. Chied. annunzio.

Cigognola (*Pavia*). — Scad. 31 mar.; L. 11.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 ambul., L. 300 uff. san.; età lim. 40 a.

Cittadella (*Padova*). — Scad. 31 mar.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec.; addizion. L. 5 oltre i 1000 pov.; c.-v.; L. 3000 trasp.; L. 600 ambul.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Coriano (*Forlì*). — Scad. 31 mar.; 3° reparto; L. 10.000 e 10 bienni ventes., oltre c.-v. e L. 2000 trasp.; abitaz. L. 1000; età lim. 35 a.; tassa lire 50,10.

Firenze. *Laboratorio Consorziale di igiene e profilassi.* — Per titoli ed esami. Quattro posti di assistenti: due per la Sezione Medico-Micrografica, e due per la Sezione Chimica. Scadenza ore 16 del 30 aprile. (V. N. 11).

FIRENZE. *Spedale S. Giovanni di Dio.* — Assistente chirurgo; L. 5000 oltre L. 1200 indenn. guardia, c.-v., partecipaz. onorari operazioni; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dalla chiusura; esame teor.-pratico; scad. ore 16 del 30 apr.

FOLIGNO (*Perugia*). — Quattro condotte; scad. ore 18 del 15 aprile; età lim. 35 a.; tassa L. 50; stipendi L. 7500, 7500, 9000 e 9000, oltre L. 2100 serv. att., L. 700 supplem., c.-v.; 4 quinquenni dec., L. 2000 se motocicletta, L. 4000 se cavallo o autom.; chiedere avviso.

FONTANETO D'AGOGNA (*Novara*). — Scad. 15 apr., ore 18. Consorzio con Cressa, L. 9000, oltre lire 3000 trasp., L. 200 ambulat., L. 1000 uff. san., dieci bienni ventesimo; serv. entro 10 gg.

GALLIPOLI (*Lecce*). — Scad. 31 mar.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.

MATERA. *R. Prefettura.* — Uffic. sanit. e capo dell'Ufficio d'Igiene del Capoluogo; L. 17.000; divieto eserc. profess. libero. Ufficiali sanitari per nove Comuni; L. 3000 e L. 4000. Aumenti: 4 quadrienni decimo; compartecipaz. compensi. Età lim. 45 a.; tassa L. 50,10 al tesoriere comun. Titoli ed esami. Scad. ore 12 del 1° maggio.

MORNICO AL SERIO (*Bergamo*). — Scad. 15 apr.; L. 8000, oltre L. 500 uff. san., L. 300 ambulat., L. 120 Cassa Infortuni.

PALAZZAGO (*Bergamo*). — Scad. 5 aprile; lire 8000, oltre L. 1000 trasporto, L. 565 uff. san., L. 2 per ogni povero e 5 per semipovero.

PIACENZA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore medico; titoli ed eventualm. esami; L. 24.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 serv. att.; scad. 10 apr.; età lim. 30-40 a.; doc. a 3 mesi dal 20 feb.; chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria (via Garibaldi 50).

PIGNATARO INTERAMNA (*Frosinone*). — Scad. ore 18 del 20 apr.; L. 10.500 oltre L. 2400 cav., L. 500 uff. san., quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 7 mar.

ROCCA S. CASCIANO (*Forlì*). — Scad. 31 mar.; condotta di campagna; L. 11.000 e 10 bienni ventes., c.-v., L. 2000 trasp.; riconoscim. servizi anter.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

SALERNO. *R. Prefettura.* — Scad. ore 12 del 15 apr.; ufficiali sanitari per 4 consorzi; L. 4000, 4000, 6500 e 7000, oltre indenn. cav.; titoli ed esami.

TERAMO. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore della Sez. Med.-Micr. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; proroga 31 mar.; L. 13.000 aumentabili, oltre L. 3000 serv. att.; partecipaz.; età lim. 45 a.; serv. entro 15 gg.

TRENTINARA (*Salerno*). — Scad. 15 apr.; L. 6700; rivolgersi Segreteria com.

TRENTO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad 31 mar.; assistente presso i Dispensari di Riva ed Arco; L. 8000. Rivolgersi Segreteria del Consorzio (Amministraz. Provinc.).

TREZZO SULL'ADDA (*Milano*). — Scad. 31 mar.; medico presso l'Associazione Mutua Sanitaria; lire 20.000; chiedere manifesto alla Segreteria.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Medico chirurgo assistente e assistente straordinario; L. 3915 pei celibi e L. 4275 per gli ammogliati; titoli ed esami; scad. ore 18 del 31 mar.; età lim. 30 anni; doc. a 3 mesi dal 1° mar.; serv. entro 15 gg.

VETRALLA (*Viterbo*). — 1ª condotta urbana; scad. 30 giorni dal 20 mar.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi; L. 8500, oltre L. 2000 per l'Ospedale Consorziale, L. 1080 c.-v., L. 800 se uff. san. Chiedere annunzio.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSO A PREMI.

Lega Italiana per la lotta contro il cancro.

È aperto un concorso internazionale, con scadenza 30 giugno 1931, ore 12, per un lavoro originale inedito sperimentale e critico avente per oggetto: « Sul valore dei metodi serologici per la diagnosi dei tumori maligni ». Il premio è di lire italiane 15.000 ed è unico e indivisibile.

I lavori, scritti a macchina, in duplice esemplare, anonimi, saranno inviati alla Sede centrale della Lega: Roma (33), Via Triboniano presso Piazza Cavour, « Casa del Mutilato », in busta chiusa con sopra inscritto un motto che verrà riprodotto su altra busta chiusa contenente le generalità del concorrente e il suo esatto indirizzo. I lavori dovranno pervenire franchi di spese postali all'indirizzo predetto.

La Lega Italiana si riserva il diritto di pubblicare, in italiano e per prima, nel suo Bollettino, il lavoro premiato.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il nuovo Consiglio ospitaliero di Milano ha richiamato con voto unanime alla direzione degli Istituti ospitalieri il prof. Enrico Ronzani, che per tre lustri aveva già tenuto lo stesso posto con alta competenza e con il consenso delle superiori autorità.

Ci rallegriamo che ad un ufficio così elevato sia restituito un uomo di competenza tecnica generalmente riconosciuta ed apprezzata, quale è il Ronzani.

Il prof. Corrado Ferretti, classificato primo fra i concorrenti al posto di primario otorinolaringoiatra presso l'Ospedale di Novara, è stato chiamato ad unanimità, dall'amministrazione ospedaliera, a coprire il posto.

Il prof. A. Salotti è stato chiamato a dirigere l'Istituto Radiologico dell'Ospedale Policlinico di Siena, con l'incarico dell'insegnamento della radiologia presso quella Università.

Nel concorso per primario radiologo dell'Ospedale di Bergamo è riuscito primo il prof. Armando Rossi, seguito nella terna dal prof. G. Bignami e dal dott. Meda.

La Società Belga di Oto-rino-laringologia nella assemblea del 9 febbraio ha nominato membro corrispondente straniero il prof. Guglielmo Bilancioni della Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Roma.

All'Università di Chicago il dott. J. B. De Lee è nominato direttore dell'Istituto di ostetricia e ginecologia; sarà coadiuvato dai dottori F. L. Adair, col titolo di professore, e Eloise Parsons, col titolo di professore assistente, l'uno e l'altro di nuova nomina.

Hanno conseguito il diploma di medici coloniali alla Scuola di Medicina Tropicale di Bruxelles i seguenti medici italiani: G. Pergher (al 2° posto), M. Taramelli (al 9° posto), A. Occhino, G. Serra, L. Valerio, D. Melpignano, Brissolese, U. Tassoni.

Il prof. A. Goldscheider è stato nominato presidente della Società Medica di Berlino, avendo il prof. F. Kraus rinunziato alla nomina.

Nell'Università Northwestern (Chicago) i due Istituti di Ostetricia e di Ginecologia sono stati fusi ed alla direzione del nuovo ente è stato preposto il dott. A. H. Curtis.

L'Università di Valladolid ha proposto il titolo di dottore *honoris causa* alla marchesa De Pelayo, quale atto di gratitudine della medicina spagnola verso la benefica patrizia, per la Fondazione Valdecilla di Santander, di cui demmo già notizia, destinata, ora, all'insegnamento clinico post-universitario.

Il premio Alvarenga per il 1929 è stato assegnato, dal Collegio dei Medici di Filadelfia, al dott. George M. Dorrance, della stessa città, per lo studio « Insufficienza congenita del palato ».

Da quando il premio venne istituito, ci risulta che esso è stato sempre conferito a medici del posto. Non comprendiamo quindi perchè il Collegio dei Medici di Filadelfia dia tanta pubblicità al concorso, diramandone l'annunzio ai periodici medici di tutto il mondo.

Ad ogni modo, rendiamo noto che il prossimo concorso scadrà col 1° maggio e che i saggi devono essere inviati alla Segreteria (South Twenty-Second Street 19, Philadelphia).

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Bari.

Pensiero ed azione nel rinnovamento sociale dell'Italia fascista.

Da parte del Magnifico Rettore di questo Ateneo, prof. Mariani, è stato organizzato un intero ciclo di conferenze da tenersi nel corso dell'anno accademico 1929-1930.

Il programma di lavoro elaborato dal prof. Mariani col suo solito entusiasmo e colla sua fede serena nei destini dell'Italia Fascista, raccoglie tutti i nomi dei professori ordinari dei singoli Istituti, e gli argomenti da svolgere costituiscono tutta una serie di valorizzazioni di annosi problemi mai prima appieno affrontati ed ora invece in via di sicura risoluzione pratica mercè la fattiva collaborazione e comprensione delle autorità costituite, e mercè la promulgazione di provvide leggi che, come quelle sulla Protezione della Maternità ed Infanzia, quella sulle assicurazioni sociali, quella per infrenare l'aborto criminoso, ecc. resteranno a documentare attraverso i secoli, nella alterna successione delle generazioni, la potenza e la verità del motto programmatico di ogni italiano « Libro e moschetto, ecc. ».

Con precedenza però, non solo grafica, del primo che ha il compito di tramandare ai posteri il prodotto più nobile di una rivoluzione, quello del pensiero, che, sciolti i legami dalle vane elocubrazioni astratte, scende alle fattive realizzazioni in un'epoca in cui come la nostra, ogni cittadino deve saper potenzializzare le sue capacità fisiche e psichiche per il bene della Nazione, per l'incremento suo economico ed intellettuale.

Le poche parole del prof. Mariani sono in proposito tutto un programma: « È necessario che nelle Università italiane, ricche di gloriosi tradizioni e oggi rinnovate nel loro spirito dalle idealità fasciste, si affermi e si precisi quel complesso sistema di concezioni scientifiche e di approvazioni tecniche, che, in ogni campo della vita nazionale, sono dirette ad assicurare i mezzi più adatti per affrontare in pieno i problemi vitali della stirpe, dell'assestamento sociale, della valorizzazione delle energie nazionali, secondo le altissime direttive del nuovo regime.

L'Università di Bari, giovanissima, ma non ultima fra le altre, inizia questo compito colla esposizione di una serie di problemi che è anche una dichiarazione di fede ed un programma vivo di attività, in parte già in via di sviluppo, ed in parte di prossima applicazione.

L'azione ha preceduto spesso il pensiero; ma questo prepara nuove azioni più complete ed armoniche dallo svolgimento integrale delle quali vedremo sorgere una figura della patria Italiana più bella, più giusta, più grande.

Indagare, sperimentare, operare con ferma fede nei supremi destini della Nazione, questo è il compito grande che, come italiani e come fascisti sentiamo oggi di dover assumere e di dover domani e sempre perseguire con tutte le nostre forze ».

Ecco l'elenco delle conferenze di medicina: prof. Sanfelice: Igiene e psiche; prof. Maggiore Luigi: La lotta sociale contro il tracoma; prof. Gallerani: Educazione fisica e sviluppo cerebrale e psichico; prof. Marrassini: Il problema della lotta antimalarica nei suoi riguardi sociali ed economici nazionali; prof. Gaifami: Le provvidenze del regime per la tutela della maternità; prof. Arcangeli: La mosca nel rapporto con l'igiene; prof. Baldoni: Veleni cerebrali; prof. Sotti: Criteri di organizzazione nella lotta contro il cancro; prof. Riquier: Assistenza psichiatrica; prof. Bianchini: La personalità umana di fronte ai problemi del lavoro; prof. Maggiore Salvatore: Puericoltura e problemi demografici; prof. Galdi: La lotta contro la tubercolosi come funzione di Stato; prof. Mariani: La difesa della stirpe dalle malattie congenite.

Programma più completo sotto ogni punto di vista difficilmente può esser concepito e svolto Di ciascuna delle singole conferenze verrà tenuto ampio cenno nella bella e attuale rubrica delle « Corrispondenze ». È giocoforza però dare i concetti svolti in riassunto, il che toglie loro efficacia. Dalle colonne del « Policlinico » sarebbe bene giungesse a chi può provvedere, il desiderio che le singole conferenze non rimangano negli stretti limiti della città di Bari, ma portino

la eco dei sentimenti e dell'entusiasmo che tutte le anima in tutta l'Italia. Il medico condotto, lungi spesso dai grandi centri intellettuali è necessariamente spesso all'oscuro di tante disposizioni che potrebbero metterlo in condizione di estrinsecare meglio la sua opera tecnica, ma indiscutibilmente oggi anche sociale. Conformemente a quanto si fa in altre Nazioni, sarebbe bene che la parola dei Maestri venisse raccolta nel testo originale e resa di pubblica conoscenza. La proposta delle singole monografie pur offrendo dei vantaggi, ad ogni modo, dal punto di vista pratico è da ritenersi che la riunione in un unico volume corrisponda più ai fini di un consolidamento delle realizzazioni fasciste.

G. REVOLTELLA.

NOTIZIE DIVERSE.

Federazione per la lotta contro la tubercolosi.

Il Consiglio di presidenza della Federazione nazionale fascista di lotta contro la tubercolosi ha tenuto la sua seduta periodica sotto la presidenza dell'on. prof. R. Paolucci.

È stata costituita in seno alla Federazione l'Associazione dei medici di sanatori e dispensari e su proposta dell'on. prof. Paolucci sono stati nominati a presidente l'on. prof. Morelli, ed a segretario il prof. Costantini. S'è deciso di creare a cura della Federazione, una grande rivista mensile di « Lotta contro la tubercolosi » che avrà per direttori il sen. Maragliano, l'on. Morelli e l'on. Paolucci.

È stato illustrato il viaggio d'istruzione organizzato dalla Federazione per visitare le istituzioni antitubercolari della Germania, della Norvegia, della Danimarca, dell'Olanda, del Belgio, della Francia, in occasione della VII Conferenza internazionale che si terrà in agosto ad Oslo.

La Federazione ha preso tutti gli accordi con le varie associazioni estere perchè il viaggio riesca del più grande interesse culturale.

Infine è stato messo in rilievo dal dott. Ricci, il grande contributo che i medici condotti dànno per la lotta contro la tubercolosi; s'è discusso sulle recenti e sagge disposizioni della Direzione generale di sanità pubblica circa i ricoveri dei tubercolotici negli ospedali, la imminente festa del fiore a cui la Federazione darà tutta la sua collaborazione e la organizzazione delle colonie estive che costituiscono una delle più grandi benemerenze del fascismo.

9° Congresso italiano di radiologia medica.

Nei giorni 18-20 maggio avrà luogo in Torino, sotto la presidenza del prof. Mario Bertolotti, direttore dell'Istituto di Radiologia dell'Ospedale Maggiore di S. Giovanni, il IX Congresso Italiano di Radiologia Medica con annessa esposizione di materiale elettro-radiologico sotto l'alto Patronato di S. A. R. il Principe di Piemonte.

Il Congresso e l'esposizione avranno sede nel « Palazzo del Giornale » al Valentino.

I due seguenti temi formeranno argomento di discussione del Congresso: 1) « La diagnosi radiologica dei tumori intracranici », relatori: professori Montanari di Ancona e Nuvoli di Roma; 2) « Sulle cure delle emopatie emorragiche », relatori: proff. Siciliano di Firenze e Bignami di Pavia. Il prof. Ferrata, clinico della R. Università di Pavia, terrà una Conferenza sul secondo tema.

I soci della S. I. R. M. sono iscritti di diritto al Congresso, i non soci per ottenere l'iscrizione devono inviare alla Segreteria del Congresso la quota di L. 50 entro il 30 marzo.

Gli inscritti soci e non soci possono accompagnare i propri congiunti ed usufruire per essi delle identiche facilitazioni versando in tempo utile L. 20 per persona.

L'iscrizione dà diritto alle facilitazioni ferroviarie, a prendere parte al Congresso ed a tutte le funzioni annesse.

Il Comitato ordinatore si incarica di fissare le camere nei diversi alberghi a semplice richiesta dei signori congressisti, ai quali verrà inviato lo specchietto con le categorie ed i relativi prezzi.

Gli aderenti al Congresso, soci o non soci, sono pregati di avvertire la Segreteria del Congresso entro il 31 marzo onde poter ricevere la Tessera ed i documenti che dànno diritto alle facilitazioni ferroviarie.

Segretario è il prof. M. Lupo, R. Istituto di Radiologia medica, via Cavour 29, Torino.

10° Congresso sulle malattie della digestione e del ricambio.

La « Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten » terrà la sua 10ª adunanza a Budapest, nei locali della III Clinica Medica, sotto la presidenza del prof. Korányi. Saranno svolti tre temi ufficiali. Al Congresso sarà unita una mostra di preparati farmaceutici. Per informazioni e programmi rivolgersi al segretario generale, prof. von den Velden, Bamberger Str. 49, Berlin W. 30, Germania.

3° Convegno regionale di tisiologia.

Il terzo Convegno annuale della Sezione Lombarda della Società Italiana Fascista per gli Studi scientifici sulla tubercolosi, sarà tenuto a Varese l'8 giugno. Verranno svolti i seguenti temi:

Prof. Emilio Veratti (della R. Università di Pavia): « Esiste un virus tubercolare sotto forma diversa dal bacillo di Koch? » (Conferenza); prof. Felice Perussia (della R. Università di Milano): « La tubercolosi polmonare nel quadro radiologico » (Relazione).

Rivolgersi al segretario della Lega, prof. E. Ronzani, R. Istituto d'Igiene (via Ospedale 3), Milano.

43° Congresso francese d'oftalmologia.

La « Société Française d'Ophtalmologie » ha indetto il suo 43° Congresso a Parigi, presso la Facoltà Medica, il 12 maggio e ss. La relazione sarà presentata da Duverger e Velter e verterà sul tema: « Biomicroscopia del cristallino allo stato normale e patologico ». Il 13 maggio avrà luogo una gita a Chantilly e Royaumont. Segretario generale: Dr. René Onfray, avenue de la Motte Piquet 6, Paris VIIe.

3° Congresso tedesco sulla circolazione del sangue.

La « Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung » terrà la sua 3ª adunanza a Dresda, durante i giorni 11 e 12 giugno, nella sala dei con-

certi del palazzo dell'esposizione, in occasione della Mostra internazionale d'igiene. Riferiranno i proff. K. Bürker di Giessen e Lindhard di Copenaghen. I titoli delle comunicazioni si ricevono sino al 15 maggio. Per i programmi e qualsiasi informazione rivolgersi al dott. Bruno Keisch, Kölu-Lindenthal, Lindenburg, Germania.

Altri Congressi medici tedeschi.

Sono annunziati in gran numero. Ci limitiamo a darne l'elenco: 7-10 aprile, Wiesbaden, Società Tedesca di Medicina Interna; 9-13 aprile, Bad Elster, balneologia; 11-13 aprile, Wiesbaden, Società Tedesca di Pediatria; Berlino, 23-26 aprile, Società Tedesca di Chirurgia; 24-25 aprile, Stuttgart, Lega Tedesca di Psicoterapia; 26-28 aprile, Berlino, Società tedesca di Roentgenologia; 3-4 maggio, Bad Oeynhausen, 6ª adunanza scientifica sul trattamento delle malattie del sistema nervoso vegetativo; 26 maggio, Heidelberg, Adunanza generale della Società Imperatore Guglielmo per il Progresso delle Scienze; 29-30 maggio, Suttgart, Lega centrale dei medici dentisti tedeschi; 30-31 maggio, Dresda, Società Tedesca per la lotta contro le malattie sessuali; 5-7 giugno, Basilea, Società Tedesca per le malattie della gola, del naso e delle orecchie; 11-13 giugno, Norderney, Società Tedesca di tisiologia; 21-22 giugno, Lega tedesca per l'assistenza ospedaliera; 5-7 settembre, Königsberg, Società tedesca di farmacologia; 7-11 settembre, Königsberg, Società tedesca dei naturalisti e medici; 15-17 settembre, Heidelberg, Società tedesca di Ortopedia.

Una Società di chirurgia riparatrice.

I dottori Dartigues di Parigi e Claoué di Bordeaux hanno preso l'iniziativa di costituire una Società francese di chirurgia riparatrice plastica ed estetica, e ciò in considerazione dell'importanza crescente che questo ramo della chirurgia viene assumendo, dal punto di vista terapeutico e sociale.

Sono invitati a farne parte i colleghi stranieri. Chi v'ha interesse, può scrivere al Dr. Dartigues, rue de la Pompe 81, Paris; ovvero al Dr. Claoué, rue d'Avian 41, Bordeaux.

Esistono due altre Società consimili, in Germania e negli Stati Uniti.

Corso di perfezionamento in oto-rino-laringologia.

Avrà luogo presso la Facoltà Medica di Strasburgo dal 15 al 27 luglio, sotto la direzione del prof. Georges Canuyt.

Per informazioni rivolgersi al direttore.

Conferenze.

Il prof. Costantino Economo, di neuropsichiatria a Vienna, è stato invitato a tenere una serie di conferenze all'Università Columbia di New York, relative ai suoi studi sulle malattie dell'encefalo.

Un Ministero per l'igiene in Francia.

Già nel 1920 era stato istituito, in Francia, un Ministero dell'igiene, dell'assistenza e della previdenza sociale; ma poi questi servizi vennero incorporati nel Ministero del lavoro.

Nella nuova combinazione del Ministero Tardieu l'igiene viene staccata nuovamente dal Ministero del lavoro, per formare oggetto di un Ministero autonomo, anche in accoglimento dei voti espressi dall'Accademia di Medicina di Parigi.

Quanto costa l'assistenza pubblica a Parigi.

Il bilancio preventivo approvato dal Consiglio municipale di Parigi per il 1930 contiene uno stanziamento di circa 560 milioni di franchi per ospedali, manicomi, dispensari, sanatori, ricoveri, uffici di carità.

Gl'introiti previsti sono soltanto di 330 milioni, di modo che questo capitolo del bilancio comporta un disavanzo fortissimo.

Per 135 milioni le spese sono coperte da altri comuni; se questi pagassero per tutti i loro ricoverati (la diaria è di 40 fr. per le degenze negli ospedali), l'introito raggiungerebbe il doppio della spesa; ma non si riesce a riscuotere che un decimo delle somme dovute. Per l'assistenza a stranieri di nazioni con le quali sussiste la reciprocità, si prevede un introito di soli 182.000 fr. circa, mentre la spesa è di quasi 13 milioni e mezzo.

Un cespite notevole è dato dalla tassa sugli spettacoli, che rende 70 milioni di franchi; essa solleva gravi proteste da parte degli impresari, i quali attribuiscono a questa tassa una parte della crisi teatrale, mentre la quota è quasi insignificante rispetto al costo attuale degli spettacoli.

L'assessore per le finanze, de Fontenay, annunziò che per il 1930 sono in progetto altri 450 posti ospedalieri nella città, 200 posti per cronici e 1500 per tubercolotici fuori della città, in aggiunta ai 39.614 letti che l'« Assistance Publique » ha ora disponibili. Inoltre l'« Hôpital Beaujon » sarà portato nel suburbio e l'« École des Infirmières » sarà ingrandita. Tutto ciò concorre ad elevare sempre più le spese e ad aggravare il disavanzo, cui si spera di rimediare attraverso le assicurazioni sociali.

Per una facoltà medica a Marsiglia.

La città di Marsiglia non possiede una Facoltà di medicina, ma soltanto una Scuola di medicina, analogamente ad una dozzina di altre città di provincia che hanno minore importanza.

La Scuola medica di Marsiglia dipende dalla Facoltà di Montpellier.

Questa è la più antica della Francia; essa data dal 12° secolo. Dopo di allora però Marsiglia si è sviluppata molto più della sua consorella: oggi conta 600.000 abitanti ed occupa il 4° posto tra le città francesi; è dieci volte più popolata di Montpellier.

Ciò malgrado gli studenti di medicina di Marsiglia devono recarsi a Montpellier per sostenere gli esami di diploma e per presentare le tesi di dottorato.

Da molto tempo Marsiglia ambisce ad avere una Facoltà propria. Ne sono derivate discussioni, polemiche e diatribe in parte aspre.

Alla fine il Parlamento ha accolto la richiesta della città di Marsiglia, che avrà la propria Facoltà di medicina, sostenendo tutte le spese, salvo un piccolo contributo iniziale del Governo centrale.

Le università ungheresi protestano per la deficienza dei mezzi.

Una deputazione di professori delle Università ungheresi è stata ricevuta dal Ministro della pubblica istruzione, conte Kuno Kledesberg, al quale ha prospettato la situazione economica difficilissima delle Università, le cui dotazioni sono ridotte ai minimi termini, fino a paralizzarle e ad allontanare molti ottimi elementi, che rimangono perduti per la scienza.

Il Ministro rispose che lo Stato oggi non può fare di più; aggiunse che gli enti locali dovrebbero provvedere e sottostare a qualche sacrifizio, per tenere in vita efficiente le Università e particolarmente gl'istituti clinici.

Egli si è assunto l'impegno di richiamarli a questo dovere.

Il fondo Rosenwald.

Il « Julius Rosenwald Fund » di Chicago ha prelevato, dal suo capitale, 4 milioni di dollari, pari a 75 milioni di lire it., per scopi filantropici e più specialmente per la manutenzione di vari ospedali e istituti clinici e biologici.

Un centro medico per negri a Chicago.

Il comitato promotore del Centro medico per negri a Chicago aveva lanciato un appello per la raccolta di 3 milioni di dollari, pari a circa 60 milioni di lire it. In un'adunanza tenutasi il 31 gennaio venne annunziato che tale somma era stata superata di 115.000 dol.

La somma raccolta verrà spesa così: 750.000 dol. per l'acquisto dell'Ospedale che sorge alla East Fifty-First Street 426; 150.000 dol. per il rinnovamento dell'Ospedale stesso; 1 milione di dol. (fornito da Rockefeller) all'Università di Chicago (in vicinanza della quale sorge l'Ospedale), për l'insegnamento a studenti negri, per aumento degli internati per negri, per il perfezionamento di medici negri, per la formazione d'insegnanti negri, ecc.; 1 milione di dol. accantonato per le spese di manutenzione dell'Ospedale.

"Bollettino del lavoro e della previdenza sociale,,.

L'ultimo numero (1° ottobre-31 dicembre) è un grosso volume in-8° gr. di circa 400 pagine. Contiene, tra l'altro, varie informazioni sull'igiene e la sicurezza del lavoro, sui grandi invalidi del lavoro, sulle assicurazioni sociali; ne fa parte una accurata raccolta di leggi e decreti e una copiosa casistica di giurisprudenza.

L'abbonamento annuo per l'Italia importa L. 65; un numero separato L. 6. (L'importo dev'essere versato sul conto corrente postale 1/2460, intestato al Provveditorato Generale dello Stato).

Cassa di previdenza per i farmacisti.

Con decreto ministeriale da essere presentato al Parlamento per la conversioni in legge, publicato nella « Gazz. Uff. » del 7 gennaio 1930, n. 8, è attribuita personalità giuridica alla « Cassa nazionale di previdenza dei farmacisti » e se ne approva lo statuto.

Concorsi sugli studi di farmacia.

Il Sindacato Nazionale Fascista dei farmacisti con l'intendimento di cooperare sempre meglio al progresso e alla valorizzazione della farmacia italiana e col desiderio di animare i volonterosi allo studio, ha deciso, nella seduta del Direttorio centrale, di indire tre concorsi a premio per i seguenti lavori: Una storia della farmacia; Un succinto manuale dell'erboristeria medicinale indigena e delle nostre colonie; Un lavoro nel campo della tecnica farmaceutica, per il quale è lasciata ai concorrenti libera la scelta dell'argomento relativo alla materia.

Ai concorsi possono partecipare tutti i farmacisti iscritti negli Albi professionali degli Ordini. È ammessa la collaborazione. Il termine di presentazione: per il primo ed il secondo concorso, il 31 dicembre 1930-IX; per il terzo concorso, il 30 giugno 1930-VIII. Premio per il primo concorso lire diecimila, per il secondo lire cinquemila e per il terzo lire mille. Il ricavato della vendita sarà devoluto alla Cassa Nazionale di Previdenza dei Farmacisti.

Esposizione medica artistica a New York.

La 4ª Esposizione annuale del « New York Physicians' Art Club » si è tenuta presso l'Accademia di Medicina (Fifth Avenue and One Hundred and Third Street) dal 15 febbraio al 15 marzo. Organizzatore ne è stato il Dr. Hermann Fischer (East Eight-Forth Street 35, New York).

Nei prossimi anni si ripeterà alla stessa epoca. I medici che volessero esporre possono prendere contatti con il dott. Fischer.

Ladri in un ospedale.

Dagli uffici di direzione dell'Ospedale di San Luigi a Torino sono stati asportati, durante la notte dal 17 al 18 marzo, in seguito a scasso, 50.000 lire di rendita al 5 % e 50.000 lire in denaro.

Morte di un medico che era una donna.

E' morta vecchissima a Neva (Arkansas), sotto il nome di dott. Vittorio Mayfield, una donna di nazionalità inglese che, giunta da ragazza negli Stati Uniti e travestitasi da uomo, conseguì il diploma di medico ed esercitò la professione per oltre 60 anni, acquistando grande popolarità; era specializzata in ginecologia. Nell'Ohio aveva persino sposato; poco dopo abbandonava il domicilio coniugale, d'onde un divorzio. Si era stabilita a Neva da 12 anni. Il vero sesso fu scoperto nell'ospedale, durante la malattia che l'ha condotta alla tomba. Ella ha disposto di essere tumulata in costume maschile.

A 66 anni è morto improvvisamente il prof. JULIUS SCHWALBE, valente studioso, per lunghi anni redattore-capo della « Deutsche Medizinische Wochenschrift »: era una delle personalità più spiccate del mondo medico tedesco.

Ne parleremo più a lungo in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Wien. Klin. Woch., 21 nov. — FRANKL. L'isteria nell'epilessia. — ENGELMANN. Dolori ai piedi.

Münch. Med. Woch., 22 nov. — FREY. Ormone della circolaz. e secrez. interne. — STELZNER. Climaterio, erotismo e sessualità.

Deut. Med. Woch., 22 nov. — WITHGENSTEIN. La sensibilità alla chinina della malaria d'inoculaz. — GUGGISBERG. Profilassi prenatale del rachit.

Journal A. M. A., 9 nov. — R. PEERS. I fattori della guarigione nella tbc. — J. O. POLAK e C. CLARK. Morbosità e mortalità puerperali.

Med. Klinik, 22 nov. — J. PAL. La pirosi abituale e la pienezza di stomaco. — Inchiesta sul trattam. della polmonite.

Journ. Méd. Franç., ott. — Numero sulla prognosi.

Bull. Méd., 23 nov. — J.-A. LIÈVRE. Le ossa di marmo.

Ann. di Med. Nav. e Col., sett.-ott. G. PENSO. « Giardia intestinalis » Lambl. e giardiasi.

Riv. Ital. di Ginec., nov. — L. MAGNANI. La fibrosi uterina. — M. NIZZA. Virulenza dei germi vaginali di donne gravide.

Paris Méd., 23 nov. — Numero di medicina sociale

Med. Ibera, 23 nov. — J. PALLARÉS LLUESMA. Flebite tbc. della retina.

Giorn. It. di Dermat. e Sifil., ott. — Resoconto del Congresso it. di dermosifilogr.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 nov. — Numero di medicina legale e sociale.

Riforma Med., 16 nov. — G. ROI. L'ergosterina irrad. nella riparaz. delle fratture.

Rass. di Cl., Ter. e Sc. aff., sett.-ott. — C. SERONO. Funzione biologica e terapeutica del calcio e del magnesio.

Giorn. di Cl. Med., 20 nov. — G. BENASSI. Aortite luetica e cuore da sforzo.

Zeitsch. f. Tuberk., nov. — M. NEUMANN. Le valvole delle azigos ai raggi Roentgen. — I. J. GOLDENBERG. Il meccanismo dell'immunità dei ratti alla tbc. — H. SCHULTZE-TIGGES. Serologia della tbc.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., nov. — A. F. LASH. Immunoprofilassi delle infez. puerper. — G. L. MOENCH. Adenomiosite e fibromi uterini.

Practitioner, dic. — A. GOODWIN. Il dolore come sintomo in ginecologia. — J. BROWNING ALEXANDER. L'esame degli stati dispeptici. — H. W. CARSON. Il compito del pratico negli stati chirurgici acuti.

Mediz. Klinik, 29 nov. — F. FRANK e R. LEISER. Provocaz. di un diabete artific. temporaneo nel sano.

Presse Méd., 21 nov. — R. SABAURAUD. Neurodermiti e loro trattam.

Bull. Méd., 30 nov. — Numero di otologia.

Riv. di Malariol., sett.-ott. — G. PECORI e G. ESCALAR. Lotta antim. nel Suburbio e Agro di Roma. — P. BIGINELLI e F. SCORDIA. Valutaz. della chinina e chinidina nei chineti ecc. — L. LA FACE. Morfologia delle larve anofeliche. — B. DE LUCA. Lo stovarsolo e lo stovarsolo sodico. — P. SEPULCRI e E. VIDALE. Ibernamento dell'« Anopheles bifurcatus ». — D. FALLERONI. Zooprofilassi.

Arch. per le Sc. Med., ott. — C. GIORDANO. Vaccinaz. preventiva antitubercolare nel neonato.

Ann. Institut Pasteur, nov. — C. LEVADITI e al. Poroencefalia e siringomielia. — P. REMLINGER e J. BAILLY. Parassita della rabbia.

Ned. Tijdsch. v. Geneesk., 30 nov. — J. M. N. VAN GOOR. Il compito della « Lamblia intestinalis » in patologia umana.

Mediz. Welt, 30 nov. — K. HULDSCHINSKY. Diagnosi e terapia precoci del rachitismo.

Deut. Med. Woch., 29 nov. — MORAWITZ. L'angina pectoris. — LUDLOFF. L'ortopedia nella pratica generale.

Indian Journ. Med. Res., ott — D. C. WILSON. Studi sull'osteomalacia. — E. H. HUGHER e P. N. SAHAL. Effetto dei sali biliari sulla secrez. gastrica. — R. MCCARRISON. Produz. speriment. del gozzo linfo-adenoideo.

Lancet, 30 nov. — H. YELLOSOLESS. Psicologia e medicina. — R. M. HAUSFIELD-JONES. Enigmi diagnostici in urologia.

Brit. Med. Journ., 30 nov. — W. FLETCHER. La ricerca medica: l'albero e il frutto.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 31 Marzo 1930 Num. 13

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVICO DI SANSEVERINO MARCHE.

Il sistema nervoso vegetativo nell'influenza.

Dott. AGENORE VALENTINI, medico primario.

L'osservazione di alcuni malati convalescenti d'infezione influenzale ci ha mostrato alcune particolarità così caratteristiche nel modo di reagire del sistema nervoso vegetativo sotto quella comune infezione da meritarne un breve cenno per il suo valore pratico.

Tutta l'originale sintomatologia si è resa evidente specialmente al termine del periodo febbrile dell'infezione, e i malati, che avevano passato in casa propria tutta la fase acuta, sono stati ricoverati all'ospedale soltanto all'insorgere di sintomi apparentemente minacciosi ed oltremodo molesti.

Dal punto di vista clinico essi potevano essere raggruppati quasi tutti nel quadro di una perturbazione prevalentemente di una sezione sola del sistema nervoso vegetativo, cioè di quella del sistema autonomo, senza che i precedenti personali degl'infermi e la loro costituzione non solo non potessero giustificare una speciale tendenza al tipo c. d. Vagotonico ma anzi il loro *habitus* somatico e psichico rivelava in prevalenza le caratteristiche opposte.

Questo fatto importante, come vedremo in seguito, varrebbe a dimostrare come un agente infettivo da solo e senza la base di speciali suscettibilità organiche possa prediligere e fissarsi sopra le sezioni di un sistema come i più squisiti reattivi biologici.

Manca nella letteratura uno studio organico e completo sul comportamento del sistema nervoso vegetativo nelle diverse malattie infettive e nei trattati il nosografismo, sviluppato secondo l'ordine anatomico degli organi, non segue l'unità fisiologica dell'importante sistema.

Kurt Dresel nel trattato del Kraus, notando la mancanza di esaurienti ricerche sull'argomento del S. N. V. nel decorso delle infezioni rileva brevemente le sindromi vegetative che si manifestano nella difterite, nel tifo, nelle quali infezioni l'accentuata depressione arteriosa, il rallentamento del polso, l'affievolimento del tono muscolare cardiaco, la dissociazione fra il polso e la temperatura, possono dimostrare una alterazione vagale; ma non più chiara appare l'eccitazione vagale o la paralisi simpatica in molti casi di grippe, nelle cui

forme tossiche si notano alterazioni circolatorie molto precoci con abbassamento della pressione (Dresel). Recentemente il Maselli ha compiuto uno studio dettagliato sul comportamento del S. N. V. nelle febbri malariche ed alcuni suoi reperti rilevati nelle prove farmaco-dinamiche durante gli attacchi di subcontinua presentano alcune importanti coincidenze coi casi passati sotto la nostra osservazione.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze l'intima azione delle tossine grippali sul S. N. V. resta ancora inesplicabile.

Kuczinski e Wollf che hanno fatto uno studio critico sulla letteratura riguardante la patologia della grippe accettano l'opinione di Wiesners che localizza nel nucleo del vago l'alterazione tossica necessaria a spiegare specialmente le complicazioni polmonari nel decorso dell'influenza. Un'altra infezione che sembra avere una grande predilezione pel sistema vagale è la Dengue, la malattia che ha invaso recentissimamente in forma pandemica tutto il Mediterraneo Orientale e della quale il Pontano ha tratteggiato una nosografia completa.

Mi sembra utile citare un brano dell'articolo che ha maggiore attinenza al problema del S. N. V.: « Un fatto costante e degno di figu- « rare tra i segni più caratteristici della ma- « lattia *qualunque sia la costituzione del ma-* « *lato*, è la bradicardia. Alla bradicardia si « associa l'ipotensione, e spesso una sindrome « toracica dolorosa con senso di angoscia ». L'A. avrebbe riportata l'impressione che « il senso di costrizione con angoscia toracica, con vomito spesso infrenabile siano l'esponente di una complessa stimolazione vagosimpatica dovuta al neurotropismo del virus ».

È a tutti noto il multiforme quadro dei tipi morbosi e delle complicazioni dell'influenza e la ricca sintomatologia delle alterazioni anatomiche e funzionali del sistema nervoso.

Georg Iurgens cita delle vere epidemie a tipo neurotossico con disturbi psichici e casi di poliomielite vera con tutti i segni clinici; di encefalite con monoplegie ed emiplegie associate ad afasia; paralisi isolate del facciale e dell'ipoglosso e dei muscoli oculari. I casi riportati di paralisi periferiche dovrebbero essere legati, secondo l'A., a forme di neurite degenerativa per quanto i reperti anatomici non abbiano mai dato responsi sicuri.

LOCALIZZAZIONI VEGETATIVE.

Le due grandi divisioni del S. N. V. costituiscono due grandi unità fisiologiche in opposizione dinamica fra loro, reagenti in maniera antagonista a determinati stimoli. Alcuni alcaloidi, alcuni veleni neurotropi, quasi tutti gli ormoni secreti dalle ghiandole sanguigne, molte tossine di germi da infezione vanno elettivamente a fissarsi sopra una delle due sezioni dando segni di eccitazione o di inibizione in un solo sistema a seconda del suo rapporto quantitativo, e talvolta segni di eccitazione nell'uno e di paralisi nell'altro. Non è certamente sempre possibile una discriminazione netta nella reattività del sistema autonomo e del sistema simpatico di fronte ai vari stimoli specialmente quando questi sono costituiti dai prodotti delle ghiandole a secrezione interna. Gli effetti però di alcune sostanze chimiche risultando abbastanza costanti, la farmacologia ha potuto scegliere fra i diversi veleni alcuni, che, dotati di speciale affinità per ciascuna delle sezioni del S. N. V. potevano anche essere utilizzati per saggiarne la varia reattività. Può dunque dirsi in maniera generica che la pilocarpina, la fisostigmina, la muscarina sono stimolanti del sistema autonomo, l'atropina un paralizzante; che l'adrenalina è uno stimolante del simpatico e la nicotina e l'ergotamina paralizzanti delle cellule dei gangli simpatici.

Sotto l'azione continua degli ormoni provenienti dalle ghiandole a secrezione interna, i sistemi si trovano fisiologicamente in uno stato di equilibrio dinamico che garantisce il normale esplicarsi di tutto il complesso delle funzioni vegetative.

Dei centri del sistema vegetativo, anatomicamente poco sicuri, ancora più incerta e problematica è la loro distinzione funzionale perchè è ovvio che i centri bulbo-midollari vegetativi hanno lo stesso valore fisiologico dei centri similari della vita di relazione, ed hanno perciò bisogno di impulsi provenienti da organi di più elevata dignità fisiologica.

Kiel e Isensk localizzano, in base a reperti sperimentali i centri termo-regolatori nella parte mediana del mesencefalo e precisamente nel corpo striato; Meyer con una distinzione più sottile separa un centro per il caldo in collegamento col sistema simpatico ed un centro per il freddo in collegamento col sistema vagale. Infatti i veleni parasimpatici che raggiungono i centri autonomi (oculomotore, vago, corda del timpano, n. pelvico) cioè la picrotossina, la santonina, la aconitina, la veratrina, la digitalina, provocano una tipica caduta della temperatura non per azione *narcotica* dei centri del calore, come fanno gli antipiretici e i narcotici, ma per una stimolazione dei centri per il freddo. D'altra parte i veleni del simpatico come l'adrenalina e la

tetraidrobetanaftilamina provocano la ascesa della temperatura per l'eccitazione del centro calorifico del simpatico.

Frank crede di dover ricercare nel nucleo striato un centro parasimpatico dal quale debba essere regolato il tono della muscolatura striata, perchè è evidente come l'attività contrattile dei muscoli abbia una indubbia influenza nella regolazione della temperatura corporea. Il brivido da freddo, il brivido della febbre, sono un esempio della contrazione generale della muscolatura striata legata alle variazioni della temperatura.

Altri centri di funzione vegetativa sono emersi dalle ricerche sperimentali dei due fisiologi viennesi Karplus e Kreidl. Mediante l'eccitazione elettrica dell'infundibolo si può provocare nei gatti dilatazione pupillare, contrazione dell'elevatore delle palpebre, secrezione salivare e forte sudorazione nei quattro piedi insieme ad una eccitazione generale del sistema simpatico. Inoltre secondo Lescke basta la più leggera impregnazione della base del mesencefalo con una debole soluzione di adrenalina per provocare gravi disturbi delle funzioni simpatiche, ed anche la morte istantanea degli animali. È dunque evidente come dal mesencefalo e più precisamente dai nuclei grigi centrali del terzo ventricolo, si irradi una vastissima influenza sopra tutto il sistema nervoso vegetativo e come a questi organi, che hanno la dignità di centri, siano subordinati i due sistemi simpatico e parasimpatico. Ma come è ancora difficile una distinzione funzionale dei diversi centri così è impossibile allo stato attuale delle nostre conoscenze riconoscere e differenziare attraverso il bulbo e nel midollo le vie che trasmettono le diverse funzioni vegetative, per quanto sia verosimile che il mesencefalo mandi impulsi da ogni lato sul midollo e che esistano lunghe vie, come quelle sensitive e motrici della vita di relazione che portino i loro stimoli ai centri midollari segmentali delle ghiandole lacrimali, salivari, della muscolatura dei bronchi, del cuore e del canale digerente, dei reni, dei genitali, delle ghiandole sudoripare e dei muscoli pilomotori.

Per quanto tutte le funzioni vegetative e tutti i molteplici riflessi organici si svolgano nel subcosciente e che queste funzioni godano di una grande autonomia, è certo che la corteccia cerebrale interviene nella regolazione suprema della vita interna. Si può dire che tutti i fenomeni psichici e persino l'attività cerebrale più elevata si accompagnino a riflessi vegetativi dei quali noi constatiamo soltanto quelli che per la evidente fenomenologia, si impongono alla nostra attenzione. Le emozioni piacevoli, le impressioni dolorose si accompagnano a modificazioni circolatorie, ad alterazione del ritmo cardiaco, a secrezione di ghiandole lacrimali, sudoripare, salivari, intestinali, renali; a contrazione dei muscoli lisci e ad alterazioni della frequenza respiratoria. Colla vecchiaia diminuisce l'influenza della corteccia sul S. N. V.; le emozioni non hanno più una così vivace ripercussione sulle funzioni vegetative, sia per una diminuita eccitabilità dei centri psichici, ma più probabilmente per un abbassamento della reattività dei centri del simpatico e del sistema craniosacrale.

Poco conosciute sono le alterazioni organiche del vago ed anche lo studio eziologico ha fatto pochi progressi. Secondo Kurt Dresel lo stato di ipertonia vagale potrebbe essere legato ad una diminuzione primitiva della funzione surrenale, ovvero a variazione dell'eccitabilità delle cellule gangliari del corpo striato, di ordine riflesso a punto di partenza psichico o sensitivo o per azione dei prodotti di secrezione interna. Una insufficienza paratiroidea ad esempio per il tramite di alterazioni nel ricambio del calcio, potrebbe provocare una sovreccitabilità delle cellule gangliari striate ed anche molte sostanze derivate dagli alimenti che si assorbono nell'intestino come l'istamina, la colina, possono indubbiamente influire sulla eccitabilità del S. N. V.; e sembra che la stessa crisi emoclasica del Widal, che si accompagna ad un notevole abbassamento della pressione arteriosa, porti ad alterazioni della eccitabilità del sistema parasimpatico (Dresel).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

In quasi tutte le epidemie influenzali ogni pratico può trovarsi di fronte a sindromi nervose e circolatorie, ma l'epidemia del 1928 e specialmente quella di quest'anno è stata ricchissima di forme a tipo neurotossico nelle sue più svariate manifestazioni specialmente nelle forme neuritiche e nevralgiche, e vegetative.

Di queste abbiamo tratto tre tra le più tipiche che possono servire di guida in mezzo alla proteiforme varietà nervosa di questa malattia. Abbiamo potuto distinguere un caso con ipotensione ed attacchi anginoidi, un caso con ipotensione ed attacchi emicranici, un caso con ipotensione e fenomeni vertiginosi.

CASO I. — G. G. di anni 40 da Sefro. Anamnesi remota e famigliare negativa. 15 giorni avanti fu colpito da tosse con rinite e febbre elevata durata 4-5 giorni: in seguito ha persistito febbre lieve e irregolare con qualche dolore alla parete toracica destra. Negli ultimi tre o quattro giorni

mentre la temperatura era ritornata normale sono comparsi attacchi consistenti in senso di freddo all'estremità con vertigine e penosa sensazione di oppressione dietro lo sterno della durata di qualche minuto con sensazione residuale di grande prostrazione. Impressionato per questi fenomeni chiede il ricovero in Ospedale.

E. O: Individuo notevolmente denutrito con un certo grado di anemizzazione. Cute pallida umida facile a traspirare; scarsi rantoli piccoli in- ed espiratori ad entrambe le basi polmonari senza modificazione plessimetrica. Tosse scarsa secca; ritmo respiratorio regolare. Polso raro 54-60 a pressione molto bassa. (Mx. 90; Mn. 50-60). Cuore nei limiti normali; I° tono oscuro alla punta, II° tono sulla base debole e tal volta sdoppiato. Ritmo regolare con rari toni sopranumerari da extrasistoli. Nulla di notevole all'esame dell'addome. Urine in quantità piuttosto scarsa da 800 a 1000 cmc. con peso specifico alto senza elementi patologici. Alvo piuttosto diarroico.

L'I. va soggetto ad attacchi improvvisi che si iniziano con senso invincibile di freddo alle gambe al quale segue dopo 4-5 minuti una sensazione di oppressione e di stringimento retrosternale, pallore del viso, sudore viscoso sulla fronte, lieve obnubilamento della coscienza, respiro frequente. L'I. resta immobile e comprende se è chiamato: il polso si fa piccolo e raro mentre il volto si ricopre di sudore e compare una salivazione abbondante. L'accesso dura 2-4 minuti ed alla fine compare qualche conato di vomito lasciando il paziente fortemente depresso e spaventato.

Data la grande sensibilità del S. N. V. le prove sono state compiute a distanza di un giorno l'una dall'altra e per questa medesima ragione è stata adottata l'inoculazione sottocutanea anzichè l'iniezione endovenosa.

Prova dell'adrenalina. Un milligrammo di adrenalina P. D. sottocute.

Min.		5′	10′	15′	20′
P. Mx.	88	86	90	105	92
Polso	54	58	60	70	68

La pressione, dopo un breve abbassamento rimonta di poco più di due centimetri. Non compaiono brividi nè orripilazione cutanea; si nota qualche intermittenza del polso.

2) *Prova dell'atropina.* — Un mmgr. per via endomuscolare.

Min.		5′	10′	15′	20′
P. Mx. . . .	90	85	100	95	92
Polso	56	62	76	72	70

Disturbi generali scarsi. Non eccessiva secchezza della bocca, lieve midriasi, impulso cardiaco accentuato. L'I. non si lagna di sensazioni spiacevoli

3) *Prova della pilocarpina*: 1/2 ctg. sottocute. Dopo 3 minuti disturbi generali accentuati, senso di angoscia, sudorazione e salivazione intensa, senso di calore e conato di vomito.

Min.		5′	10′	15′	20′
P. Mx. . . .	90	80	70	82	85
Polso	60	54	50	58	60

Riflesso oculocardiaco: lunghe intermittenze con senso di vertigine.

Prova di Loewi: costantemente negativa.

Il comportamento delle prove mettono in evidenza una abnorme eccitabilità del sistema parasimpatico in vista della scarsa o normale reazione alla adrenalina e la spiccatissima reazione alla pilocarpina, tale da abbozzare quasi l'accesso spontaneo anginoide. Anche l'azione dell'atropina ha un aspetto interessante, che per il suo valore sulla tensione eguaglia quasi l'adrenalina e la supera negli effetti generali come intensità e durata.

CASO II. — T. A., di anni 34, da Sanseverino. Soggetto gracile con eredità negativa. Un fratello è ammalato di tubercolosi polmonare. Coniugata con due figli. Colpita da febbre abbastanza elevata 10 giorni avanti in sesta giornata dalla caduta della febbre è stata colpita da forte cefalea quasi continua, esacerbata ad ogni tentativo di sollevar la testa che tiene poggiata sul piano dei materassi. Non può sopportare l'interposizione di un cuscino sotto la nuca. Insorgono spesso nausee e conati di vomito e un certo grado di fotofobia.

E. O. Viso pallido, il punto sopraorbitale destro è un po' sensibile; alla percussione si risveglia dolore sulla metà sinistra del cranio. Pupille piuttosto piccole con reazione torpida. Motilità e sensibilità conservate, riflessi normali.

Apparecchio respiratorio N. N. Apparecchio circolatorio: polso piuttosto raro a bassa pressione. Impulso cardiaco poco valido in sede normale. Toni non chiari sui focolai della base; primo tono oscuro alla punta. Urine: N. N. Dermografismo rosso poco accentuato.

Prova dell'Adrenalina: 1 milligr. sottocute.

Min.		5′	10′	15′	20′
Mx.	95	105	110	105	100
Polso	54	58	72	60	62

Leggero brivido; un po' di ambascia.

Prova dell'atropina: 1 milligr. sottocute.

Min.		5′	10′	15′	20′
Mx	90	95	100	100	95
Polso	58	62	80	84	80

Senso di calore alla faccia e di secchezza alle fauci; senso di battito precordiale.

Prova della pilocarpina: 1/2 ctg. sottocute.

Salivazione e sudorazione abbondante, rossore diffuso a tutto il corpo, vertigine seguita da vomito.

Min.		5′	10′	15′	20′
Mx.	95	90	88	86	86
Polso	60	66	72	74	70

Prova di Loewi: negativa.

Riflesso oculo-cardiaco: lunghe intermittenze con senso di ambascia.

CASO III. — E. P., di anni 32, da Gagliole. Anamnesi famigliare e remota negativa. Madre di due figli sani. Ammalata da 15 giorni con febbre durata una settimana. Lievi febbri irregolari residuali che non sorpassano 37,5. Dopo la fine della febbre è comparso un senso invincibile di freddo alle gambe con parestesie varie, debolezza estrema, sudorazione facile e spesso vertigini senza cefalea talvolta seguita da vomito: tendenza allo stato malinconico. Entra in Ospedale in 15ª giornata di malattia.

E. O. Stato di nutrizione molto scaduto. Funzioni sensitive e motrici normali; reflettività vivace; dermografismo rosso evidente. Apparecchio respiratorio: N. N. Apparecchio circolatorio: impulso debole in sede normale, aia cardiaca nei limiti, toni deboli su tutti i focolai. Ritmo lento senza intermittenze (50-60); pressione Mx 95, Mn 70. Urine: N. N.

I fatti più salienti sono costituiti dal senso invincibile di freddo alle gambe con formicolio diffuso e cute pallida ed umida ed attacchi di vertigine di durata variabile ai quali talvolta seguiva il vomito. Sensazione generale di grande debolezza.

Prova dell'adrenalina: 1/2 ctg. sottocute.

Min.		5′	10′	15′	20′
Mx.	95	95	100	100	95
Polso	60	62	65	68	62

Brivido leggero con accenno a vertigine e senso di costrizione toracica.

Prova dell'atropina: 1/2 ctg. sottocute.

Min.		5′	10′	15′	20′
Mx.	95	95	105	105	100
Polso	64	68	72	74	70

Senso di secchezza alle fauci, midriasi lieve, senso di calore alla faccia con diminuzione della cefalea.

Prova della pilocarpina.

Min.		5′	10′	15′	20′
Mx.	95	92	95	90	90
Polso	62	60	74	78	70

Sudorazione e salivazione abbondante. Vertigine grave e prolungata. Senso di angoscia con cefalea.

Tutti i tre casi hanno avuto un decorso abbastanza lungo cioè di 20 o 30 giorni con lento e graduale miglioramento mediante somministrazione di cardiotonici (strofanto, stricnina); preparati surrenali e preparati di belladonna (bellafolina, atropina) a piccole dosi senza mai sorpassare il margine di tolleranza.

Ora tutta la varia sintomatologia per comodità d'analisi sarà raggruppata a seconda delle principali sindromi osservate; distingueremo cioè una sindrome secretoria, vasomotoria, circolatoria ed anginoide e vertiginosa.

Sindrome secretoria. La facile sudorazione anche all'infuori dei movimenti termici è stato un fenomeno costante nei nostri malati e ad essa va associata la forte tendenza all'aumento delle altre secrezioni come la gastrica intestinale e lacrimale. Per quanto si debba dare la massima importanza al fattore psichico nei movimenti emotivi, pure bisogna concedere un grande peso alla speciale eccitabilità dei centri e delle vie vegetative lacrimali, specialmente quando le impressioni riportate dall'infermo appaiono inadeguate a provocare il pianto. Fu osservato frequentemente anche il vomito ed un aumento delle scariche alvine.

La prova della pilocarpina ha dato origine sempre a secrezione sudorale accentuata al viso, al dorso, al capo e ai piedi; a salivazione che ha raggiunto in un'ora la quantità di 70 cmc. Iniettata nel corso della reazione pilocarpinica l'atropina ha agito in modo poco caratteristico nè ha provocato l'arresto delle secrezioni come avrebbe dovuto attendersi. È probabile in questo caso che l'azione inibitrice dell'atropina non riesca a controbilanciare l'azione stimolatrice della pilocarpina in quelle determinate sezioni del parasimpatico là dove essa è più intensa, mentre l'aumento dei battiti cardiaci ci può far pensare che l'azione inibitrice si sia esplicata soltanto nel campo circolatorio.

Sindrome vasomotoria. Esiste in generale una stretta correlazione fra i fenomeni secretori e vasomotori in quanto che l'ipersecrezione sudorale si accompagna quasi sempre a stimolo dei vasodilatatori; ma come è innegabile una indipendenza anatomica fra le vie vasodilata-

trici e le secretrici è anche ammissibile una indipendenza funzionale e reattiva. Abbiamo potuto infatti constatare che non di rado alla sensazione di freddo agli arti associata a pallore, la cute divenisse madida di sudore, come se lo stimolo sudorale si accompagnasse ad una contemporanea eccitazione dei vasocostrittori.

Queste sensazioni di freddo erano molto frequenti nel nostro primo malato e localizzate quasi esclusivamente alle gambe e difficilmente erano vinte anche da prolungato massaggio, in modo che era necessario mantenere una bottiglia calda in permanenza. Sulle cosce la pelle si presentava spesso sotto l'aspetto marmorizzato.

Le prove adrenaliniche non hanno provocato modificazioni nel comportamento di questi fenomeni; la pilocarpina ha provocato abbondante secrezione sudorale ma non ha prodotto arrossamento delle zone cutanee ischemiche; e soltanto l'atropina ha valso ad attenuare la sensazione di freddo. Questo comportamento paradossale è di difficile interpretazione e non giustificherebbe quello schematismo che fa dei vasodilatatori una dipendenza del parasimpatico, a meno che non si ammetta che l'atropina possa talvolta agire come stimolante delle fibre simpatiche. Per quanto si riferisce al senso invincibile di freddo che ha tormentato nella generalità i nostri malati, non sarebbe forse illogico appoggiarsi all'opinione di Meyer che fa del centro del freddo una dipendenza del sistema parasimpatico ed ammettere che questo centro possa essere soggetto a tutti i veleni chimici e microbici specifici di questo sistema.

È necessario far rientrare nella sindrome vasomotoria gli attacchi di emicrania della malata n. 2 che pure soffriva in corrispondenza degli attacchi di parestesie varie e di freddo invincibile alle gambe. L'accesso, come abbiamo visto, si iniziava con accentuato pallore del volto al quale era associato un impallidimento del fondo dell'occhio ben visibile all'esame oftalmoscopico.

Non altri fenomeni speciali accompagnavano l'attacco, all'infuori di una lieve sudorazione della fronte e di disturbi visivi consistenti in fotofobia e scotomi scintillanti. Molto hanno discusso gli autori sull'origine del dolore nell'emicrania ed alcuni, come l'Edinger, ne ha attribuito l'unica causale ad alterazioni vasomotrici. Se, d'altra parte, è vero che i nervi vasodilatatori della duramadre sono forniti dal sistema parasimpatico non sarebbe illogico pensare che una iperemia delle meningi possa provocare un attacco doloroso. L'associazione inoltre frequente di alterazioni secretive, lacrimali, nasali, sudorali e salivari confermerebbe secondo Eppinger ed Hess, l'origine parasimpatica di molti attacchi di emicrania. In questi casi è possibile che le tossine di una infezione agendo su alcuni centri del vago possa modificarne l'eccitabilità. Le prove farmacologiche istituite lontano dagli attacchi dolorosi, hanno dato scarsa reazione all'adrenalina, accentuata la reazione alla pilocarpina ed abbastanza accentuata l'azione inibitrice dell'atropina. Durante invece gli attacchi l'azione dell'adrenalina non ha portato modificazioni apprezzabili; la pilocarpina ha portato una esacerbazione dei fenomeni dolorosi che non sono stati attenuati che in minimo grado dall'atropina. Noi crediamo che se pure l'eccitazione del parasimpatico ha potuto provocare la vasodilatazione delle meningi, il dolore deve avere nondimeno una patogenesi molto più complessa perchè possa esser vinto dal semplice alcaloide paralizzante del vago.

Sindrome circolatoria. Il fenomeno più costante in tutti i casi studiati è stata una accentuata ipotensione arteriosa. Come abbiamo visto la pressione massima non ha sorpassato ordinariamente i millimetri 80-90 di mercurio al Riva-Rocci, mentre la pressione minima era col metodo ascoltatorio quasi inapprezzabile. Tale depressione si manteneva costante in permanenza indipendente da modificazioni vasomotorie periferiche anche quando il pallore della cute e il senso di freddo faceva con ragione pensare ad uno stato di vasocostrizione periferica. A prescindere da eventuali modificazioni nel calibro delle arterie dei territori profondi clinicamente non dimostrabile ci sembra giusto pensare che la causa della forte depressione debba esser ricercata in una condizione centrale, cioè cardiaca, connessa alla rarefazione del polso. Uno stato di eccitazione vagale continuativa può spiegare, anche senza lesioni anatomiche del miocardio il doppio fenomeno. La diminuzione della frequenza delle rivoluzioni senza un aumento dell'energia del cuore, produce fatalmente una diminuzione del loro valore meccanico e quindi un abbassamento di tensione che gli è strettamente connesso. Anche fatti sperimentali dimostrano l'influenza negativa del vago sulla tonicità, sull'energia e sulle altre proprietà del miocardio, e stimoli anche di lontana origine che si generano sul vasto territorio dello pneumogastrico possono provocare un costante abbassamento di tensione con variazioni in senso negativo delle principali proprietà biologiche del miocardio. Persino, come dimostrò Loewi, sperimentando sul

cuore isolato di rana, le modificazioni negative, cioè l'influenza cronotropa, inotropa, e batmotropa negativa provocata dalla faradizzazione del nervo vago sono trasmissibili ad un altro cuore attraverso una soluzione salina.

Ritornando alla questione clinica, M. Herz raccoglie sotto il nome di « ipotonia bradicardica » una sindrome clinica a tipo accessuale, costituita da grave astenia generale, ipotensione costante e bradicardia associata a svariati disturbi subbiettivi. Egli, che ne riporta l'origine ad una nevrosi spesso a punto di partenza genitale nel sesso femminile, l'avrebbe anche osservata nella convalescenza di malattie infettive in successione alla tachicardia del periodo febbrile.

Per Eppinger ed Hess tali disturbi sarebbero dovuti più particolarmente ad uno stato di eccitazione del sistema autonomo. Durante il periodo bradicardico si possono osservare extrasistoli che originandosi dal nodo del seno sono prive di pausa compensatrice, e talvolta quando l'azione batmotropa negativa del vago cardiaco è particolarmente accentuata, può insorgere anche un blocco di origine nervosa simile al blocco da veleni vagotropi come la digitossina.

Nel nostro primo caso, pur mancando le prove grafiche si può dire che extrasistoli spontanee non si verificassero, ma durante l'azione della pilocarpina la lieve irregolarità del ritmo che insorgeva poteva significare un disturbo di conducibilità accompagnato da nuovi focolai di eccitazione.

L'azione della adrenalina sul duplice fenomeno dell'ipotonia e della bradicardia ha avuto una ben scarsa azione, anche dopo una somministrazione prolungata a scopo terapeutico. Anzi abbiamo avuto occasione di osservare dopo un breve periodo di aumento delle pulsazioni una rarefazione ancora più accentuata del polso con una diminuzione anche maggiore della tensione. Questo fenomeno paradossale, di cui abbiamo trovato un cenno nella letteratura, sarebbe dovuto secondo Dresel al fatto che in un vago sopraeccitabile una piccola dose possa agire come eccitante al momento di esaurirsi all'infuori di eventuali alterazioni miocardiche che potrebbero da sole turbare la chiarezza dei fenomeni. L'aumento di pressione però dovuto alla adrenalina è sempre stato, come abbiamo veduto, scarso ed effimero: probabilmente l'incapacità di vincere coll'eccitazione delle fibre simpatiche l'azione inibitrice del vago e quindi l'impossibilità di risollevare l'energia del miocardio, non ha potuto dare effetti duraturi sulla tensione arteriosa.

Effetti più costanti e più benefici anche dal punto di vista terapeutico, sono stati ottenuti coll'atropina tanto rispetto alla frequenza quanto all'effetto pressorio.

L'iniezione sottocutanea di un milligrammo di atropina, come abbiamo veduto, porta la frequenza del polso ad un aumento di 10-15 pulsazioni per un'ora circa e la pressione ad un aumento di 2-3 cm. per un medesimo periodo insieme ad un visibile miglioramento dei segni soggettivi. Questi fatti valevano a fare escludere l'ipotesi di una lesione del miocardio, e l'atropina, preciso paralizzante dell'attività vagale, ridonava al miocardio l'influenza del sistema simpatico col caratteristico aumento della pressione e della frequenza delle rivoluzioni cardiache.

Sindrome anginoide. Fra tutti i fenomeni subbiettivi quelli che costituivano la parte più impressionante della sintomatologia erano gli attacchi sincopali che sopravvenivano anche due volte al giorno con piccolezza del polso, sudori, obnubilamento della coscienza, ambascia respiratoria, pallore che lasciavano i malati profondamente depressi.

Il quadro clinico poteva venir provocato, con una certa somiglianza, dall'iniezione di prova della pilocarpina e questo fatto c'indusse a ritentare tale prova farmacodinamica in un periodo di miglioramento generale e ad accessi molto diradati. Abbiamo osservato sotto l'azione della pilocarpina che la frequenza del polso discendeva maggiormente e la pressione, che non era possibile misurare durante l'attacco doveva certamente ancora abbassarsi, mentre all'ascoltazione del cuore l'indebolimento dei toni faceva intuire che una causa centrale, miocardica dovesse intervenire nel determinismo dei fenomeni osservati.

Di tale fenomenologia, che si avvicina un poco a quello che si osserva nell'angina di petto, si trova qualche cenno nella letteratura.

Eppinger ed Hess descrivono una forma « vasomotoria » dell'angina di petto: questi AA. avrebbero visto sopravvenire sintomi molto simili all'angina di petto dopo una iniezione di pilocarpina in molte persone predisposte. In questi casi l'eccitazione vagale portata dall'alcaloide potrebbe provocare una contrazione della muscolatura dei vasi coronari con un comportamento opposto a quello della adrenalina. Tale attacco non accompagnato a dolore ma a stato sincopale, sarebbe molto simile a quello da noi osservato in maniera spontanea nel nostro primo malato.

In questi soggetti i sopra citati autori avrebbero riscontrato una esagerazione del riflesso

oculo-cardiaco; il fenomeno del polso di Erb, e gli altri tipici segni dello stato ipervagotonico. Scorrendo inoltre la magistrale monografia di Eppinger ed Hess si vedono citati alcuni casi descritti dal Gowers sotto il nome di « vaso vagale Anfälle » consistenti in attacchi di dolori cardiaci, ambascia respiratoria e senso di stringimento epigastrico e di freddo. Tali attacchi possono durare da 10-30 minuti, e si manifestano nel medesimo malato, mentre negli intervalli si nota dispepsia, anoressia, e costipazione. In questi individui, che specialmente sono giovani, la compressione del vago al collo può provocare un accesso; le prove adrenaliniche riescono negative, non si osserva nè glicosuria nè poliuria, mentre è particolarmente accentuata la reazione alla pilocarpina. Secondo gli autori sopra citati questi accessi sarebbero legati a fattori vagotropi sopra un tono elevato del vago. (Erhoter Vagustonus plus vagotroper Reiz).

Tra i casi riferiti dal Gowers il secondo può essere quasi sicuramente riportato ad una infezione febbrile del tipo influenzale. Dopo la scomparsa del breve periodo febbrile sopraggiungono attacchi di cardiopalmo, difficoltà di respiro, senso di oppressione epigastrica dopo il pasto, sudorazione e senso di freddo alle estremità. In questo caso le prove adrenaliniche ebbero risultato negativo mentre furono positive la prova atropinica e pilocarpinica.

Sulla traccia di queste osservazioni possiamo tentare di spiegarci i fenomeni osservati nei nostri malati.

Possiamo escludere a priori l'ipotesi di una sindrome di Adams-Stokes per la variabilità del ritmo, la positività del riflesso oculo-cardiaco, dell'atropina, della pilocarpina, prove queste negative in quella malattia la cui essenza è quasi sempre legata ad una interruzione del fascio auricolo ventricolare. Per converso la sensibilità del ritmo cardiaco alle prove farmaco-dinamiche ci fanno ammettere come possibile nei nostri malati una azione puramente inibitrice sul nodo del seno. Questo fatto può darci la ragione della sindrome permanente bradicardica ed ipotonica ma non è sufficiente forse a spiegare l'insorgere improvviso dei fenomeni accessuali, dovuti con grande probabilità ad una alterazione funzionale molto più profonda del centro circolatorio, ad un fatto non solo inibitorio sul centro motore cardiaco e sulle proprietà toniche e contrattili del miocardio, ma addirittura ad una insufficienza circolatoria momentanea e passeggera.

Si potrebbe pensare che una eccitazione dei nervi costrittori delle coronarie provenienti pur essi dal vago con conseguente spasmo dei vasi coronari possa portare come conseguenza un disturbo nutritizio profondo per quanto passeggero del miocardio con le conseguenze di un esaurimento e di una insufficienza circolatoria improvvisa.

Nel nostro malato, sebbene non si fossero mai osservati i tipici dolori dell'angina pectoris ma soltanto un senso di costrizione retrosternale con pallore intenso e sudori, pure mi sembra innegabile e degna di riflessione la somiglianza con la sindrome anginosa.

Senza entrare in merito alla complessa ed ancora controversa patogenesi di quest'ultima malattia, ci sembra che le varie teorie possano concorrere a spiegarci il fenomeno. È per noi verosimile che il virus influenzale abbia potuto attaccare il sistema nervoso cardiaco; che delle eccitazioni abnormi partite dal sistema vagale abbiano potuto produrre spasmi coronariani improvvisi e passeggeri, e che questi spasmi provocando un disturbo nutritizio del miocardio abbiano potuto produrre, giusto secondo l'opinione di Makenzie un esaurimento cardiaco momentaneo, al quale è strettamente associata tutta la gamma delle sensazioni subbiettive moleste e gravi che vengono risentite dietro lo sterno.

È forse un problema insolubile determinare a quale livello il sistema del vago possa essere aggredito dal virus; ma, come per altri nervi, il virus grippale potrebbe provocare una alterazione semplicemente periferica del pneumogastrico. Da molti autori è stata invero prospettata la possibilità di lesioni nevritiche del plesso cardiaco e che quindi nervi cardiaci possano essere lesi isolatamente e che una lesione del vago possa produrre una sintomatologia imponente nel campo della circolazione.

Si trova nella letteratura una spiegazione univoca di molte sindromi circolatorie che si osservano nella convalescenza di molte malattie infettive cioè nell'insufficienza surrenale. Noi possiamo sempre riportare, per tutto ciò che riguarda la vita vegetativa, il primum movens, ai disturbi endocrini che evidentemente possono modificare l'eccitabilità del S. N. V., ma per spiegarci tutta la profonda modificazione della meccanica cardiaca abbiamo bisogno di appoggiarci sopra una alterazione diretta del sistema vagale cardio-inibitore che può essere esaltato nella sua eccitabilità dalla deficienza del prodotto di secrezione delle glandole surrenali.

Sindrome vertiginosa. Il rapporto tra il fenomeno della vertigine ed una alterazione del vago è molto più incerto. Nelle più svariate

manifestazioni morbose si può presentare una sindrome vertiginosa, dalle lesioni locali dell'apparecchio vestibolare, alle malattie generali tossiche od infettive, del sistema nervoso e del cuore.

La ricchezza di connessioni che possiede nel bulbo il triplice nucleo del nervo vestibolare ci spiega la frequenza della vertigine in molte malattie del sistema nervoso centrale e degli organi di senso; nelle malattie generali e cardiache possiamo riportarci a disturbi locali endocranici di ordine tossico o circolatorio, ma nelle alterazioni di organi lontani si deve pensare ad un meccanismo riflesso che percorre le fibre sensitive del vago per riflettersi sui nuclei e sulle vie del vestibolare. Il fatto che molte malattie del labirinto si accompagnano a disturbi motori dello stomaco e non poche alterazioni gastriche, come anche molte malattie che si sviluppano nel dominio del sistema pneumogastrico e pelvico possono provocare il fenomeno vertiginoso, sta a dimostrare che una stretta relazione esiste tra il pneumogastrico ed i canali semicircolari.

Nel nostro caso, siccome le modificazioni circolatorie prodotte dalla ipotensione non bastano a dare la spiegazione del fenomeno perchè quest'ultimo non si accompagna ad uno speciale aggravamento delle condizioni del circolo, restano fra le ipotesi le due più probabili. La prima, che il virus influenzale abbia alterato direttamente il nervo vestibolare oppure che l'alterazione del vago, mentre domina il gruppo delle modificazioni negative della funzione miocardica, possa nello stesso tempo riflettersi sull'apparecchio vestibolare provocando la sindrome vertiginosa ed il vomito.

Conclusioni.

Dall'esame di molti casi d'influenza, oltre ai tre citati nel presente lavoro perchè sono stati i più tipici, si possono trarre le seguenti conclusioni.

Esistono delle epidemie di influenza che mostrano una speciale predilezione per le localizzazioni nervose in generale; più frequenti quelle che attaccano i nervi periferici (forme neuritico-nevralgiche), più rare quelle che si localizzano nel territorio del sistema nervoso vegetativo (forme vegetative pure) e di media frequenza le forme miste (nevralgia brachiale con disturbi a carico del sistema nervoso cardiaco). Le forme descritte possono classificarsi tra quelle denominate vegetative pure perchè localizzate ad una sezione sola, cioè a quella autonoma del S. N. V., con quadro clinico nettamente ipervagotonico e con reazioni farmacodinamiche costantemente e fortemente positive ai veleni vagotropi.

Il corollario pratico che può derivare dall'osservazione dell'effetto dei vari medicamenti, è che il migliore risultato terapeutico è stato prodotto più dai paralizzanti dell'attività vagale (belladonna e derivati, atropina) che dagli eccitatori del simpatico come l'adrenalina, mentre la pilocarpina ha esagerato in ogni caso la sindrome morbosa.

Riassunto.

Alcuni casi di influenza, studiati riguardo al comportamento del sistema nervoso vegetativo, mostrano che questa malattia può lasciare lunghi periodi residuali con disturbi che rivelano una ipereccitabilità a carico del sistema vagale nelle sue varie manifestazioni funzionali. La terapia si è giovata dei paralizzanti dell'attività vagale.

Bibliografia.

Castellino e Pende. *Patologia del simpatico.*
Müller. *Das vegetative Nervensystem.*
Kraus u. Brughsch. *Spezielle Pathologie u. Ther. inn. Krankheiten.*
Jurgens G. *Die Grippe.*
K. Dresel. *Infektions Krankheiten.*
Eppinger u. Hess. *Zur Path. der vegetative Nervensystems.* Zeitschrift f. Klin. Med., 1905, Bd. LXVII, p. 345; 1909, Bd. 68, S. 215; 1909, Bd. 68, p. 231.
Herz. *Zur Lehre v. den sogen. Herzneurosen.* Med. Klin., 1910, Bd. 43.
Frank. Berliner Klin. Woch., 1916, Bd. 28, p. 129.
Maselli D. *Il sistema nervoso vegetativo nell'infezione malarica.* Policlinico, Sez. medica, 1927, n. 9.
Pontano T. *La Pandemia di Dengue in Atene.* Policlinico, Sez. pratica, n. 44, p. 2153.
Makenzie. *Angine de poitrine.* Dal trattato *Les Maladies du Coeur.*
Vaquez. *Angine de poitrine.* Ibid.
Déjerine. *Séméïologie du syst. nerveux.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

SPEDALI RIUNITI DI SAN GIMIGNANO.

Grande ascesso del lobo destro del fegato operato per via trans-pleuro-diaframmatica.

Dott. GIUSEPPE GUCCI,
direttore sanitario e chirurgo primario.

G. D., di anni 27, da S. Gimignano, entra in ospedale il 31-1-1929. Gentilizio immune. Nulla nell'anamnesi remota del paziente che stette bene fino all'età di 14 anni.

Nel 1914 soffrì di un ascesso alla regione sottoascellare di d. che al dire del paziente guarì in poco tempo.

Durante il servizio militare nel 1921 fu affetto da pleurite essudativa sin., per la quale subì toracentesi. Tornato a casa in convalescenza fu colto da pleurite essudativa a destra per la quale fu di nuovo sottoposto a toracentesi.

Dopo quest'ultima malattia il paziente si rimise: non ebbe mai rialzi termici ed attese sempre senza nessun fastidio alle sue occupazioni di colono.

Nel novembre u. s. si ferì leggermente al gomito destro e dopo pochi giorni la ferita suppurò, ed all'ambulatorio di questo spedale gli fu aperto un ascessetto.

Guarito, riprese le sue occupazioni quantunque avesse notato un noccioletto duro e dolente alla regione sottoascellare destra. Tale tumefazione durò per alcuni giorni e poi andò scomparendo, ma con la scomparsa di questa il paziente fu preso da febbre molto alta e da un dolore che da lungo l'ascellare media e ant. si portava alla regione dell'ipocondrio di destra.

Messosi in letto il paziente avvertì che non poteva dormire sul fianco destro per un dolore su questa regione, mentre tale dolore si accentuava anche nei movimenti di lateralità. Tale dolore però non si risvegliava nelle più profonde inspirazioni che, perciò, erano possibili.

Intanto continuava la febbre molto alta, febbre che in principio veniva con i brividi ma che dopo il paziente non riusciva più a decifrare per non comprendere se il suo stato era febbrile o no.

Su nostra domanda il paziente nega di avere sofferto precedenti morbosi a carico del tubo gastro-enterico, specialmente di natura dissenterica, ed attualmente dice di avere l'alvo stitico.

Entra in ospedale dopo circa un mese di degenza in letto.

E. O.: Soggetto notevolmente deperito con cute arida e lingua secca. Sensorio integro. Decubito dorsale. Temp. 39,5. Colorito leggermente terreo: non itterico.

Torace lievemente ipofonetico in toto con prevalenza a destra e in basso posteriormente. Murmure vescicale leggermente indebolito specie a destra. Non segni di presenza di liquido.

L'addome è trattabile, indolente, solo nell'ipocondrio destro la palpazione è dolorosa, mentre la difesa muscolare impedisce di rilevare bene il margine epatico che medialmente si palpa debordante sì da essere, sotto l'apofisi ensiforme a poco più di un dito trasverso: il margine sup. è in sede normale.

Palpando accuratamente la regione delle ultime coste di destra, che è tutta dolorosa, si riesce a localizzare un punto di maggiore dolorabilità che si trova situato nel nono spazio intercostale, lungo l'ascellare ant.

In tale regione però non si apprezza nessuna tumefazione e nessuno accenno ad edema.

Urine: albumina 0,50 ‰; zucchero assente; pigmenti biliari assenti.

Esame radiologico: velature diffuse a tutto l'ambito polmonare. Curve diaframmatiche in sito con escursioni ben visibili.

Esame del sangue: negativo per il tifo, paratifo e maltese. Intensa leucocitosi.

Esame delle feci: l'esame a caldo è negativo per le amebe.

Si pratica una puntura esplorativa con ago lungo, nel punto di maggiore dolorabilità e che è situato nel nono spazio intercostale di d. lungo l'ascellare ant. e si ha esito nettamente positivo.

Operazione: Anestesia locale novocainica.

Incisione arcuata lungo la nona costa, per circa 15 centimetri ed asportazione di questa. Apertura del sacco pleurico ed isolamento con dighe di garza iodoformica. Incisione del diaframma ed isolamento del cavo addominale con dighe di garza iodoformica.

Si mette così allo scoperto la cupola epatica e si pratica un altro isolamento a cornice con grosse bende di garza, mentre sulla guida dell'ago esploratore si penetra a viva forza con la punta del dito indice in pieno tessuto epatico. Superato uno spessore di due centimetri di tessuto epatico normale, si penetra in una larga cavità dalla quale si dà esito ad una raccolta di oltre 400 gr. di pus.

Zaffamento della cavità con garza iodoformica.

Decorso regolare. La temperatura in primo tempo perde la caratteristica delle guglie e si fa continua e dopo cessa per lisi.

Il paziente esce l'11-5-1929, frequentando l'ambulatorio per le successive medicature.

Il caso descritto si presenta interessante sia per la sua relativa rarità, sia per la difficoltà della diagnosi e sia anche per il felice resultato dell'intervento.

È risaputo che l'eziologia dell'ascesso epatico, del grande e solitario ascesso del fegato, è dominata dalla infezione amebica, essendo appunto l'amebiasi la forma morbosa che più frequentemente produce tale grave complicazione.

Subito dopo vengono le forme piogeniche che però sono quasi sempre secondarie a lesioni del tubo gastro-enterico (ulceri gastriche-intestinali, appendiciti, ecc.) o dei vasi biliari, quando non sono l'esponente di una infezione piemica.

Sia nell'una che nell'altra forma i germi arrivano al fegato generalmente per la vena porta che giustamente i nostri padri antichi chiamavano « porta malorum ».

Studiando però il nostro caso, noi osserviamo che le cose sono andate un po' diversamente.

Dalla storia del nostro paziente infatti si ricava che non vi fu nessun passato morboso a carico del tubo gastro-enterico, tanto meno a tipo dissenteriforme, da far pensare ad una probabile infezione amebica.

Avvalora poi questo supposto l'esame dell'andamento clinico della malattia che, unito agli esami di gabinetto, ci portò ad escludere questa forma morbosa che, essendo la più frequente, era doveroso mettere in discussione.

Il nostro paziente presentava il quadro di un settico. Aveva temperature altissime con discese repentine sì da dare una tipica curva « guglie »: aveva la pelle arida, la lingua secca ed un colorito speciale della cute che non era itterico ma che però faceva pensare a qualche cosa di epatico.

Il ricordo poi che questo giovane alcuni mesi prima era stato inciso da noi per un ascesso del gomito d. unito allo stato generale presentato dall'ammalato ed al dolore vivo localizzato sempre nello stesso punto, ci mise in sospetto che questo giovane fosse portatore di una raccolta purulenta. Tale idea ci fu anche appoggiata dall'aver osservato un'intensa leucocitosi.

Data la localizzazione del dolore pensammo che la raccolta fosse o nello spazio sub-frenico o in tessuto epatico. Per l'ascesso sub-frenico ci stonava molto il nessun dolore nel respiro ed il referto radioscopico che ci dimostrò i diaframmi mobili e con curve ad altezza normale, mentre l'attento esame della parete inferiore dell'emitorace destro non fece notare zone di ottusità speciali dovute sia ad innalzamento del diaframma per una raccolta al disotto di questo o per ingrandimento del fegato, sia a fatti di versamento pleurico. La anamnesi poi e l'andamento della malattia erano anch'essi sfavorevoli ad una localizzazione purulenta sub-frenica che generalmente ha un inizio più clamoroso e con fatti generali ancor più gravi, ma fu soprattutto la normale mobilità diaframmatica che ci fece escludere questa diagnosi.

Esclusa così la raccolta sub-frenica ed essendo sempre più entrati nel parere che una raccolta purulenta ci doveva essere, pensammo che la raccolta doveva essere veramente intraepatica. Con questo concetto praticammo una puntura esplorativa, con ago lungo, nel IX spazio intercostale destro, nel punto del massimo dolore, lungo l'ascellare anteriore a direzione ant.-post. in piena sede epatica.

L'aspirazione di pus che riempì la siringa ci dette ragione del concetto diagnostico formulato mentre i caratteri del pus estratto erano tali che ci avvalorarono sempre più per l'esclusione di una forma amebica.

È risaputo infatti che il contenuto delle raccolte amebiche non è proprio pus, ma bensì un insieme di detriti cellulari, dovuto alla necrobiosi colliquativa del tessuto come l'ha definito il Dominici nell'ultimo Congresso internazionale di chirurgia, tenuto a Roma. È di color cioccolata, striato di sangue, ha un odore *sui generis* da Legrand detto odore epatico ed è molto denso, sicchè non viene zuppato dalla garza.

Il pus estratto da noi invece aveva tutti i caratteri del pus « bonum et laudabile » senza odori speciali sì da essere quasi autorizzati anche ad escludere il coli.

Eravamo di fronte quindi ad un ascesso epatico da comuni piogeni.

Quale l'eziologia e quale la patogenesi?

Escluso che fosse una forma primaria per la sua rarità rivolgemmo subito la nostra attenzione alle condizioni del tubo gastro-enterico le cui lesioni sappiamo essere quelle che più facilmente sono causa di queste forme morbose.

La completa negatività anamnestica unita all'esame negativo del sangue per il sospetto di una forma tifoidea ed a quello più importante dell'esame obbiettivo, non ci dettero ragione per trovare in questo territorio il focolaio causale benchè si fosse pensato, date le precedenti pleuriti sofferte dal paziente, anche a lesioni ulcerative di tipo specifico.

Si ricorse allora nuovamente alla storia anamnestica che ci venne in aiuto ricordandoci che il nostro ammalato era stato colpito poco più di un mese prima da una forma ascessuale del gomito destro. Ora crediamo che nessun fatto possa controindicare il pensare che questo ascesso sia stato il punto di partenza dei germi che si andarono poi localizzando al fegato.

A convalidare questa nostra supposizione stanno i caratteri del pus, che non erano nè quelli dell'amebico, nè quelli del coli, nè quelli del tubercolare.

Supposizione che del resto viene avvalorata dal fatto che partiti dal concetto che l'ascesso epatico sia stato secondario all'ascesso del gomito, ci facemmo obbligo spiegare per quale strada i germi avessero raggiunto il viscere addominale.

Non certo per la « porta » che sarebbe la via più frequente, poichè escludemmo l'origine intestinale e così pure e per la stessa ragione la via biliare.

Non rimanevano perciò che due strade da

seguire: quella dell'arteria epatica e quella delle vene epatiche. Ammettendo che i germi fossero arrivati al fegato per la via dell'epatica, bisognava ammettere una setticemia con probabili localizzazioni in altri organi.

Fu questo in verità il nostro pensiero appena fatta la diagnosi, ma l'andamento clinico ci disse di no.

La via dell'epatica poi è data come rara dagli autori, ed oltre che negli stati settico-pioemici, viene seguìta generalmente solo in certe lesioni cardiache, come può essere l'endocardite ulcerosa.

Non rimaneva che pensare alle vene epatiche per le quali i piogeni dovrebbero aver percorso la via venosa « a ritroso », poichè una volta giunti nell'orecchietta d. attraverso la cava sup., dovrebbero essere stati spinti mediante le pulsazioni dell'atrio d. nella cava inf. e di qui nelle epatiche. È una via retrograda un po' indaginosa quale alle volte si può avere in certe ferite infette del capo ed in certe otiti complicate da trombosi del seno, ma è la strada che crediamo più verosimile. Infatti a giustificare questa possibilità sta il racconto del paziente che dice che una volta guarito dell'ascesso del gomito, cominciò a notare una tumefazione dolente all'ascella che potremmo interpretare come prima stazione di soggiorno dei germi e che quando questa tumefazione scomparve, comparve subito la febbre ed il dolore all'ipocondrio.

Questo semplice ricordo anamnestico crediamo sia la dimostrazione più evidente per poter pensare che l'ascesso del gomito possa essere stato la causa dell'ascesso del fegato e che la strada che i germi intrapresero sia stata appunto la via venosa retrograda.

Fatta la diagnosi di suppurazione di un organo così importante e date le condizioni generali, era logico che si imponesse un intervento di urgenza.

Intervenimmo infatti il 3-2-1929 ed il reperto operativo dimostrò che si trattava di un ascesso centrale del lobo destro per il quale l'incisione eseguita corrispose egregiamente. Per l'isolamento delle cavità attraversate, che erano libere da aderenze, non ci servimmo di sutura ma bensì di dighe di garza come consiglia il Giordano poichè, specialmente la sutura della glissoniana al peritoneo parietale, oltre che allungare l'atto operativo, di rado tiene. Ed anche per la penetrazione del tessuto epatico seguimmo l'esempio del Giordano, che si serve della punta del dito indice evitando più facilmente con ciò l'emorragia. E sempre con lo scopo di evitare probabili emorragie non praticammo nessun raschiamento della cavità come consigliano Fontan e Forgue, ma zaffammo semplicemente con garza iodoformica, zaffi che furono rimossi in 6ª giornata.

*
* *

Il caso riferito quindi presentava notevoli difficoltà diagnostiche, sia perchè mancava la anamnesi per poter pensare ad un ascesso epatico, quali potrebbero essere stati un passato intestinale a tipo dissenterico oppure una lesione gastrica o appendicolare, sia perchè l'esame obbiettivo era oscuro essendo una forma centrale.

In questo caso la puntura esplorativa assicurò il supposto diagnostico e sebbene questa offrisse i suoi pericoli, noi non esitammo a servircene sia perchè eravamo pronti per operare, sia perchè venne praticata in una regione che oltre ad essere quella che presentava il punto più doloroso, era anche quella dove il fegato aderisce alle pareti toraco-addominali senza interposizione di visceri.

Il decorso ottimo del paziente che iniziò subito un evidente miglioramento ci dimostrò ancora quanto sia stato benefico il trattamento curativo intrapreso di urgenza liberando il malato dai gravissimi rischi di una prolungata suppurazione in un organo così importante.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di ascesso piogenico del fegato facendo delle considerazioni critiche sull'eziologia e sulla patogenesi.

BIBLIOGRAFIA.

Una ricchissima bibliografia si trova nel recente lavoro: dott. CARLO BERTONE: *L'ascesso del fegato.* Arti grafiche Tabacco. S. Daniele del Friuli, 1929.

SUNTI E RASSEGNE.

CARDIOLOGIA.

L'uso pratico della digitale.

(K. F. WENCKEBACH. *British med. Journ.*, 1° febbraio 1930).

La digitale è una delle droghe più famose di ogni farmacopea ed interessa il medico anche più di qualsiasi forma modernissima di trattamento. Su di essa, articoli di ogni ampiezza ed in ogni lingua, di carattere pratico o scientifico riempiono i giornali medici ed i grandi archivi scientifici di tutto il mondo. Mentre da giudici superficiali, anche fra i medici, il trattamento con le medicine od anche la medicina interna sono giudicati di poco o punto valore se non addirittura dannosi, la digitale fornisce i migliori argomenti per convincere gli ignoranti. Somministrata nel caso adatto, nel momento opportuno, in forma adeguata, essa agisce quasi come un miracolo e non soltanto il giovane medico, ma anche quello sperimentato rimangono talvolta sorpresi dalla sua efficacia.

L'A. intende trattare le questioni più importanti che riguardano la terapia con la digitale, da un punto di vista essenzialmente pratico; le sue idee in proposito sono sorte e si sono sviluppate al letto del malato e sono sempre in continuo sviluppo; ogni giorno porta nuovi fatti e da questi ne viene una più larga esperienza che egli comunica agli uditori.

LE INDICAZIONI.

La digitale è indicata ogni qual volta esista un'insufficienza cardiaca qualunque sia la causa che l'ha provocata. Nella maggior parte dei trattati, si fanno delle eccezioni al trattamento digitalico: l'ipertensione arteriosa, le malattie valvolari dell'aorta, l'aortite e così pure il polso lento. Ma l'A. rimane fedele a quanto aveva già asserito quasi vent'anni or sono di dare la digitale come prova, in tutti i casi. Se io, egli aggiunge, ho acquistato una buona nomea nella terapia dei cardiopazienti, la debbo al fatto di somministrare la digitale in casi in cui i trattati e le autorità mediche lo proibiscono.

LE DOSI.

Le difficoltà di un esatto e corretto dosamento della digitale sono note e messe in rilievo da ogni autore. Si lamenta la mancanza di nozioni sull'esatto contenuto di sostanza attiva nella digitale e ciò specialmente nelle innumerevoli pubblicazioni sui preparati « sempre migliori » che vengono gettati in commercio. Ogni prodotto viene raccomandato per il fatto che esso, e solo esso, dà le migliori possibilità di un esatto dosamento, ciò che viene considerato come la base di una buona terapia.

L'A. non ha mai considerato tale lacuna nelle nostre conoscenze come una difficoltà reale; egli aggiunge però che è assolutamente necessaria una osservazione giornaliera di ogni caso allo scopo di stabilire quale sia la quantità di digitale da darsi e quanto a lungo essa debba essere continuata. Le istruzioni più perfette non ci esimono da questo comando imperativo nè dalla più seria responsabilità nostra. Non è che neghi il gran valore di un esatto dosamento in pratica, soltanto che la mancanza di esatte nozioni sul valore attivo di una data forma di digitale non ci impedisce di deciderci per le piccole o le grandi dosi.

Seguendo le antiche abitudini, l'A. fa distinzione fra dosi piccole, medie e grandi, la quale può essere benissimo seguita al letto del malato; unica cosa da rilevare si è che si deve adottare una determinata unità di attività, la quale deve essere la base per il nostro dosamento. Per tale unità, è più agevole scegliere le piccole dosi che possono essere date da sole ed eventualmente moltiplicate, anzichè le grandi dosi, da suddividere secondo il bisogno.

LA FORMA MIGLIORE DI SOMMINISTRAZIONE DELLA DIGITALE.

Col numero sempre crescente di prodotti e di nomi, la nostra scelta diventa sempre più imbarazzante, sicchè ne risulta una condizione di cose pericolosa. Il trattamento digitalico è uno dei compiti più importanti e più seri del medico pratico e richiede grande abilità, potere di osservazione, notevole interessamento ed esperienza. Una lunga vita è troppo breve per apprendere a sufficienza le nozioni su questa maravigliosa droga; ora l'usare tutti i preparati che lancia il commercio costituirebbe una grave complicazione e farebbe sorgere tante difficoltà per suddividere l'esperienza per ogni forma di preparato. Per questo, l'A. ha ristretto al minimo i preparati usati e, si può dire, ad uno solo la polvere delle foglie disseccate, titolata (o standardizzata) ed ottenuta da una casa che offra fiducia. L'esperienza lo ha poi riportato all'uso delle foglie e, di fatto, se l'unità scelta per dosare i moderni preparati è equivalente ad un decigrammo di foglie, perchè non scegliere addirittura le foglie stesse?

Si osserva che la composizione delle foglie è variabile; con la somministrazione di queste, però, non somministriamo tutti i principî di cui la natura ha dotato questa pianta singolare, mentre la maggior parte dei preparati ne contiene soltanto una porzione. Questo potrebbe essere un vantaggio se noi potessimo eliminare, a volontà, questo o quel principio, come, p. es., quello che eccita il vago e dà il polso lento, oppure quello che aumenta la costrizione vasale, e così via. Risultato che non si è ottenuto e probabilmente non si otterrà mai e che sarebbe anche di difficile applica-

zione pratica per le difficoltà che si presenterebbero nel caso singolo ad adottare l'una o l'altra combinazione. Tali sono le ragioni per cui l'A. preferisce usare in generale la polvere di foglie titolata, adottando alcuni preparati speciali soltanto in determinate circostanze, quali sono i casi d'urgenza, in cui si fa la somministrazione per via sottocutanea od endovenosa, da usarsi anche quando lo stomaco non tollera il medicamento o nei casi in cui la forte stasi addominale ritarderebbe di molto l'assorbimento.

Le iniezioni endovenose si fanno anche di uabaina o di strofantina, sostanze che esigono un dosamento esatto e sono di effetto istantaneo.

In qualche caso si potrà fare la somministrazione rettale con microclisteri o suppositori.

I coadiuvanti nel trattamento digitalico.

Fra i coadiuvanti della digitale, si può anzitutto menzionare l'*atropina*, da cui si può attendere una diminuzione nello stimolo del vago; essa sarebbe quindi indicata, od almeno di uso razionale, quando vi sia una bradicardia notevole, di qualsiasi origine e quando vi siano, o si presumano, disturbi di conduttività. Il suo uso va però controllato da un'accurata osservazione e non mai basato su sole considerazioni teoretiche. Anche la *caffeina* può essere usata per combattere la bradicardia.

I *diuretici* sono molto apprezzati come coadiuvanti della digitale, in forma di caffeina, di teobromina, di eufillina, molto usata nei paesi tedeschi.

L'uso dei nuovi diuretici a base di mercurio costituisce forse il progresso più efficace nella terapia dei cardiopazienti, quando essi siano dati al momento opportuno e con un esatto dosamento. La deplezione che ne risulta migliora la circolazione troppo ingombra, diminuisce le resistenze circolatorie e libera il rene ed il cuore da una gran parte del loro lavoro, permettendo così un migliore effetto della digitale.

Anche la *dieta* è da considerarsi un buon coadiuvante della digitale.

Il *salasso* è generalmente considerato come uno dei migliori sussidi nell'ipertensione arteriosa pletorica e nella stasi notevole del fegato e dei polmoni. È importante che la sottrazione di sangue venga fatta *prima* della somministrazione di digitale; si possono così somministrare delle dosi di questa che sarebbero, altrimenti, dannose.

Coadiuvanti regolatori del ritmo cardiaco.

Il ripristinare un ritmo regolare del cuore deve costituire una delle principali indicazioni del trattamento. Talvolta può essere utile a questo scopo, anche la stessa digitale che, pure, a dosi un po' forti determina delle extrasistoli, mentre a dosi piccolissime, può combattere tale fenomeno ed è indicata nella fibrillazione auricolare. I così detti « nervini » (bromuri, valeriana, canfora e simili) danno risultati poco soddisfacenti e transitori.

La *stricnina* è stato uno dei primi successi dell'A. Un suo amico, con sufficienza aortica soffriva terribilmente quando si installavano dei periodi di battiti extrasistolici; la somministrazione di stricnina (2 mg. al giorno) fece scomparire rapidamente le extrasistoli e l'effetto si ripetè in seguito, ad ogni ricomparsa di queste. Talvolta però anche la stricnina non è sufficiente e poi la sua azione sembra diminuire col tempo. Ottima risulta la combinazione di essa con la chinina.

Questa è il maggior regolatore dell'aritmia extrasistolica ed anche della fibrillazione auricolare. L'A. si giova molto della combinazione della chinina con la digitale, non soltanto quando vi è aritmia, ma anche nella maggior parte dei suoi cardiopazienti.

Coadiuvanti vasomotori.

I rimedi vasomotori sono utili nei casi ipotonici per aumentare il tono dei casi periferici dilatati e, viceversa, nei casi ipertonici, per controbilanciare l'azione vasomotoria della digitale. La stricnina è indicata nel primo caso e dà spesso gli effetti desiderati. Nel secondo caso, sono utili la papaverina e la chinina, date simultaneamente con la digitale; nè deve essere dimenticata la teobromina, che va alternata con la digitale stessa. I nitriti hanno azione tanto fugace, da non poter essere nemmeno presi in considerazione nei casi cronici.

Praticamente, l'A. fa uso dei preparati di digitale-chinina, a cui aggiunge la stricnina nei casi ipotonici e la papaverina in quelli ipertonici.

La somministrazione prolungata di digitale.

a) *Con le dosi piccolissime*. Sull'utilità di queste i pareri sono discordi, tanto più che alcuni non trovando con esse modificazioni all'elettrocardiogramma, ritengono che siano inutili. Invece, ripetute esperienze cliniche dimostrano la loro azione benefica. Come dose piccolissima l'A. considera quella giornaliera di 5 centigrammi delle foglie polverate (od anche meno).

b) *Con le dosi più elevate*. Ogni medico, nella sua esperienza, sa che nella maggior parte dei casi gravi di insufficienza cardiaca arriva un momento in cui qualsiasi miglioramento sembra impossibile. Qualunque sia stato il successo ottenuto dapprima, non si possono eliminare i vizi anatomici. Sul principio sotto l'azione dei rimedi, l'azione del cuore è diventata più regolare, le urine si sono fatte abbondanti, il sonno è ritornato ma, ad un dato momento, il miglioramento cessa; la digitale non può più essere continuata in causa della sua azione tossica; il paziente la rifiuta e, dopo pochi giorni,

i guadagni dapprima ottenuti sono perduti. Il miglioramento riprende con la nuova somministrazione, ma poi le condizioni ritornano uguali quando si cessa la digitale; a nulla giovano in questi casi le piccole dosi ripetute.

L'A. consiglia allora la somministrazione della digitale ad intervalli regolari di tre ad un giorno, dandone 2-3 decigrammi, arrivando fino alla somministrazione a giorni alterni; in tal caso, la dose è sufficiente per essere attiva, mentre la sospensione di un giorno impedisce l'accumulo e, quindi, l'azione tossica.

L'osservazione regolare del paziente ci dirà, caso per caso, quale è la quantità e quale l'intervallo migliore. Una volta raggiunte, p. es., le 80 pulsazioni in posizione supina, si potrà diminuire la quantità di digitale da 3 a 2 decigrammi, ma non meno. Continuando il miglioramento, si distanzieranno gli intervalli, fino ad arrivare a 3 giorni. Il metodo può essere continuato indefinitamente senza provocare mai segni di intolleranza.

I pazienti si trovano assai bene con questo sistema. L'unica difficoltà da vincere in tal caso, è l'opposizione del medico a cui è stato insegnato che il trattamento digitalico non può essere continuato molto a lungo; lo si può convincere facendogli osservare che, in realtà, si tratta non già di un trattamento continuato, ma intermittente.

Un altro vantaggio importante di questo sistema è il fatto che nei giorni liberi si può fare un altro trattamento, p. es., quello dei diuretici; in tal modo, lo stomaco non viene sovraccaricato di rimedi. Inoltre, una volta stabilizzato il polso e trovata la dose adatta, si può rimandare il paziente a casa, dicendo al medico ed al paziente che il trattamento va continuato senza modificazioni, badando però al polso, nel senso che esso si fa più raro, gli intervalli vanno distanziati, mentre se le condizioni peggiorano questi vanno abbreviati.

Tutte queste considerazioni sono state suggerite all'A. dalla lunga esperienza al letto del malato; egli è ben lungi dal fare poco conto degli studi scientifici in materia, ma ritiene molto utile tener conto anche dei risultati della pratica. Siate scienziati puri ed accurati nelle vostre opere teoretiche, ma siate medici di cuore al letto del malato. E non dimenticate che Withering, pur non conoscendo nulla sull'intima azione della digitale sul cuore, ha dato ai medici la migliore opera su questa maravigliosa pianta. *fil.*

L'insufficienza auricolare.

(E. DOUJELOT. *Paris Méd.*, n. 27, 1929).

La funzione e la posizione anatomica delle orecchiette non permette di poter notare le alterazioni che in esse si presentano; tuttavia i disurbi delle orecchiette si manifestano in clinica con ripercussioni sui ventricoli in modo da essere facilmente svelabili.

Costituiscono le così dette aritmie auricolari, di cui le principali sono: la fibrillazione auricolare e la tachisistolia.

La fibrillazione auricolare è caratterizzata da contrazioni rapide, irregolari, superficiali delle orecchiette, le quali danno luogo clinicamente all'aritmia completa, e si manifestano nei tracciati con la comparsa dell'onda P, costituita da lievi oscillazioni.

La tachisistolia auricolare, rappresentata da sistoli regolari, rapide ma incomplete, si manifesta clinicamente sia come un'aritmia identica a quella della fibrillazione, sia come una tachicardia di circa 150 al minuto.

Le aritmie auricolari possono essere acute o parossistiche, croniche o permanenti. La prima può decorrere senza segni subbiettivi apprezzabili, oppure presentarsi all'improvviso con senso di debolezza generale, dispnea da sforzo, dolori irradiati alla spalla e al braccio S.; la seconda può essere la conseguenza di ripetuti attacchi della forma acuta, o può stabilirsi lentamente; quest'aritmia perpetua può durare senza gravi disturbi, o può dar luogo a fenomeni di insufficienza cardiaca.

Questo diverso comportamento della capacità cardiaca, di fronte ad una identica lesione delle orecchiette, deve essere messa in rapporto ad una deficiente capacità ventricolare; in tal caso si stabilisce la debolezza cardiaca e lo scompenso.

In rapporto all'etiologia si possono riscontrare quattro eventualità:

1) Insufficienza auricolare isolata, apparentemente primitiva. In questi casi l'esame dell'ammalato è negativo; nella storia remota si potrà trovare qualche affezione reumatica od infettiva; come sintomatologia il paz. può notare una dispnea da sforzo, facile stanchezza, lievi palpitazioni; questi disturbi non impediscono le abituali occupazioni.

L'aritmia viene scoperta per caso, e l'insufficienza cardiaca si sviluppa solo tardi.

2) Insufficienza auricolare di origine glandolare. La principale è quella che si accompagna con il morbo di Basedow; dapprima è sopportata senza disturbi di scompenso; in seguito si aggiunge l'insufficienza ventricolare con tutta la sintomatologia della compromissione globale del cuore.

3) Insufficienza auricolare associata a lesioni valvolari. È frequente riscontrare l'aritmia completa nelle lesioni endocarditiche della mitrale; la fibrillazione è però molto più frequente nella stenosi mitralica, in cui la stasi e l'iperpressione delle orecchiette, come pure la difficoltà della circolazione polmonare costituiscono gli elementi favorevoli all'insorgenza dell'aritmia completa.

In tali casi la irregolarità della contrazione auricolare si fa sentire dai ventricoli con la scomparsa del rinforzo del primo tono o del soffio presistolico.

4) Insufficienza auricolare associata a lesioni cardiovascolari.

È l'aritmia che si stabilisce in soggetti presclerotici o ipertesi; essa in generale è ben tollerata; spesso però costituisce la prova d'una latente insufficienza cardiaca che la lesione vascolare o renale aveva preparata da lungo tempo.

L'aritmia completa può essere portata per lungo tempo senza gravi disturbi, e può in breve produrre una debolezza cardiaca globale; la terapia deve prendere in considerazione la capacità dei ventricoli: se questi sono sufficienti, si può curare la fibrillazione; se essi danno segni di debolezza, bisogna pensare a curar questa.

Nel primo caso si useranno l'atropina e il chinino, o meglio la chinidina, somministrata alla dose di 0,60-1 gr. per 4-5 giorni consecutivi.

Nel caso d'insufficienza auricolare associata a lesioni valvolari o cardiovascolari, la chinidina è nociva per i ventricoli, di cui ne esagera la debolezza; sarà più consiglibile usare la digitale e lo strofanto, i quali, se bene usati, danno ottimi risultati.

Nell'insufficienza auricolare da distiroidia la terapia dovrà essere etiologica, e curare l'alterazione ghiandolare.

CARUSI.

ORGANI DIGERENTI.

La ricerca delle sindromi dispeptiche.

(J. BROWNING ALEXANDER. *The practitioner*, dicembre 1929).

La dispepsia è una sindrome che ogni medico incontra assai frequentemente e che interpreta troppo spesso come una affezione di per se stessa, mentre non è altro che un sintoma dipendente da numerose cause.

L'A. divide tutte le dispepsie in tre gruppi:

1) le cosidette dispepsie semplici;

2) le dispepsie di origine veramente gastrica;

3) le dispepsie dipendenti da altre condizioni morbose.

1) Dispepsia semplice: è prodotta da cause banali che ostacolano il contenuto gastrico nel suo passaggio nel duodeno. Il cibo ristagna perciò nello stomaco, fermenta e produce flatulenza. Tale inibizione della digestione può accadere quando un esercizio fisico eseguito subito dopo il pasto fa sì che il sangue venga chiamato lungi dallo stomaco, la cui mobilità viene a soffrirne.

La dispepsia semplice può anche derivare dall'ostacolo opposto alla secrezione gastrica da fattori emozionali: angoscia, rabbia ecc.

La dispepsia semplice, quando se ne conosce la causa, non è difficile a curarsi, tranne qualche caso speciale.

2) Dispepsie di origine veramente gastrica: sono queste molto importanti, ma certo meno frequenti di quello che si crederebbe poichè lo stomaco, è nella genesi delle dispepsie, molto meno colpevole di quanto si pensi. Infatti sintomi di alterata funzione gastrica possono essere prodotti da disturbi di funzione di organi lontani come il rene (uremia) od il cervello (pressione intracranica elevata).

Speciale cura si porrà nella ricerca, in individui dispeptici, dell'ulcera e del carcinoma dello stomaco.

Il sintoma più significativo nel decorso dell'ulcera peptica è lo stretto rapporto dell'insorgenza del dolore con l'ingestione del cibo.

Un dolore di stomaco che insorge in ogni ora non è probabilmente di origine veramente gastrica.

Nel dubbio si ricorrerà alle analisi del succo gastrico, alla ricerca delle emorragie occulte nelle feci e all'esame radiologico.

Una dispepsia che insorge per la prima volta in una persona anziana, e che non è riferibile a nessuna sregolatezza dietetica o a malattia in altro organo, deve richiamare un forte sospetto di malattia *mali moris* dello stomaco.

3) Dispepsie dipendenti da altre condizioni morbose: le più importanti sono le seguenti:

a) Gravidanza: nei primi mesi produce dispepsia caratterizzata da sensazione di nausea e disgusto per il cibo. Qualche volta vi è anche vomito di buon mattino.

Gli ordinari rimedi falliscono, il che è un criterio diagnostico importante;

b) Nefrite cronica: la si sospetterà quando in un p. di media età compaiono sintomi dispeptici senza relazione diretta coi pasti.

All'esame dell'orina si riscontrerà in tali casi albumina che però può essere in quantità piccolissima. Sintomi probativi da ricercarsi saranno invece: la elevazione della pressione del sangue, lieve ipertrofia del ventricolo sinistro, poliuria talora notevole.

È molto importante apprezzare la relazione tra dispepsia e malattie croniche del rene, poichè solo nello stadio precoce in cui è presente la dispepsia ed assenti altri sintomi più rilevanti, si potrà con saggi avvisi dati al p. circa le abitudini di vita e la dieta, arrestare il fatale andare della malattia;

c) Tubercolosi: i disturbi gastrici molto marcati che spesso insorgono negli stadi terminali della tbc. polmonare sono a tutti noti; sono invece spesso trascurate le moderate turbe dispeptiche che insorgono nei primi stadi della malattia. In tale epoca i sintomi fisici polmonari mancano di frequente; ma la perdita del peso, la anoressia, una febbricola serale possono condurre alla esatta diagnosi;

d) Calcolosi biliare: una dispepsia persistente, usualmente associata a flatulenza è talora legata alla presenza di calcoli biliari. Questa sintomatologia viene confusa qualche volta con quella dell'ulcera gastrica: in quest'ultima però il dolore risiede nella fossa dell'epigastrio e non nella vescichetta biliare.

Inoltre nella colelitiasi l'insorgenza del dolore non è in stretto rapporto con l'ingestione del cibo; sopraggiunge di notte ed irradia all'ipocondrio destro ed alla spalla destra. Ci può essere ittero ed ingrandimento della cistifellea.

Ma talora la diagnosi differenziale è estremamente difficile e si richiederà aiuto allora, ai raggi X, agli esami del succo gastrico ecc.;

e) Appendicite cronica: quando un p. sotto i 20 a. presenta una storia di sintomi che in una persona di età maggiore, farebbe pensare alla presenza di una ulcera duodenale, si deve sospettare che l'appendice sia malata anche se mancano i segni classici della appendicite.

Secondo l'A. è la varietà retrocecale dell'appendice che può specialmente dare sintomi dispeptici;

f) Carcinoma del colon: è questa sfortunatamente una causa tutt'altro che rara di dispepsia. Ad essa si aggiunge talora una irregolarità nelle funzioni intestinali caratterizzate da diarrea frequente ed insorgente senza causa apprezzabile.

Quando sorge il sospetto dell'esistenza di un cancro del colon si farà senza perder tempo la sigmoidoscopia e l'esame radiologico;

g) Angina pectoris, arteriosclerosi delle coronarie: frequentemente la dispepsia maschera l'angina, poichè il dolore ha sede nell'epigastrio, è preceduto da flatulenza ed insorge spesso dopo i pasti.

Ma nell'angina p. la pressione del sangue è elevata, il dolore è eccitato dalla fatica e calmato dal riposo.

L'angina p., l'arteriosclerosi delle coronarie e della prima parte dell'aorta, possono nei loro stadi iniziali produrre solamente sintomi gastrici. In dubbio si ricorrerà all'esame elettrocardiografico;

h) Tabes: i sintomi dispeptici si manifestano non di rado in stadio della malattia nel quale i sintomi classici sono assai poco evidenti. Se esiste il sospetto di tale affezione si ricercherà l'esistenza di zone iperestesiche dell'addome, si saggeranno accuratamente i riflessi e si eseguirà la W. R. nel sangue e nel liquor;

i) Avvelenamento da piombo: la dispepsia può essere il suo sintoma più evidente, quello che conduce il p. dal medico. Si cercheranno la linea bleu sulle gengive, la costipazione, e nel sangue la degenerazione basofila delle cellule rosse e la presenza di corpuscoli rossi nucleati.

VICENTINI.

La prova dell'istamina nelle achilie gastriche.

(G. PECO. *La Prensa Medica Argentina*, 20 dicembre 1929).

La istamina o B-imidazoletilammina è il più potente eccitatore della secrezione cloridrica gastrica: riesce perciò molto importante conoscere in qual modo reagisce di fronte ad essa la mucosa gastrica degli achilici. Nel succo gastrico di tali pp., estratto frazionatamente, manca l'HCl libero ed è scarsa la acidità totale.

La tecnica da seguire è la seguente: si inietta nel sottocutaneo della coscia dell'individuo achilico in esame cmc. 1 di una soluzione di istamina all'1 ‰ e si estrae poscia dallo stomaco il liquido segregato ogni quarto d'ora, per lo spazio complessivo di un'ora. In detto liquido si ricerca l'HCl libero e si dosa la acidità totale.

L'unico inconveniente di una certa importanza che presènta questo mezzo di ricerca è la proprietà congestiva della istamina che non può perciò essere adoperata nei soggetti con recente emorragia.

Le conclusioni cui è giunto l'A., a traverso le sue indagini, sono le seguenti:

Quando all'esame del liquido estratto durante la prova, risulterà assolutamente assente l'HCl libero, se ne dedurrà che esiste una lesione organica della mucosa gastrica, la quale ha perduto, almeno temporaneamente, la sua funzione. Ciò avviene specialmente nei cancri diffusi, nella gastrite atrofica e nel corso della anemia perniciosa.

Quando invece si ritroverà, sotto l'azione della istamina, HCl libero nello stomaco, per quanto in quantità inferiore al normale, si potrà affermare che l'attività cloridrica non è del tutto abolita, senza però poter giudicare se le lesioni in atto siano organiche o funzionali.

In fine dal modo di comportarsi della mucosa gastrica degli achilici di fronte alla istamina si potranno trarre deduzioni di indole terapeutica, inquantochè sarà perfettamente inutile somministrare ai pp. altre sostanze eccito-secretrici quando la mucosa non ha reagito sotto lo stimolo della istamina che è la più potente.

VICENTINI.

Ricerche su resecati gastrici totali.

(G. BREITENHAEH. *Münch. Medizinische Woch.*, LXXVI, 46).

I casi di pazienti sopravvissuti a resezioni gastriche totali, sono 52, secondo l'ultima statistica di Wippler del 1928.

Come si comporta in tali individui il ricambio materiale?

Schlatter dice che « lo stomaco è più che altro un organo di difesa per l'intestino, ma l'intestino è in condizioni, se sottoposto ad una dieta adeguata, da fare del tutto a meno del chimismo gastrico ».

Però solo di 3 casi era stato praticato un esame completo del ricambio. Tale esame completo praticò l'A. su due resecati propri e su un terzo resecato 8 anni prima e il cui ricambio era stato studiato poco dopo l'operazione da Hartmann. L'A. somministrò ai pazienti per vari giorni il pasto di Schmidt, corrispondente a 2200 calorie p. d., 1260 gr. di alimenti con-

tenenti il 7,25 % di proteine, il 9,26 % di grassi e il 10 % di carboidrati. Dosando gli stessi componenti eliminati p. d. per le feci e per le orine, vide che il primo paziente (donna di 31 anni operata 5 settimane prima per scirro) eliminava 3,79 % di albumina, il 7,073 % di grassi, e tracce soltanto di carboidrati.

Il secondo (cancro, esaminato 3 mesi dopo l'operazione) eliminava giornalmente il 3,71 % di proteine e il 6,96 % di grassi. Tali cifre sono perfettamente nell'ambito normale.

Il terzo caso appartiene a un paziente che Hartmann aveva operato 8 anni prima, e di cui aveva esaminato con lo stesso metodo il ricambio. Mentre poco dopo l'operazione Hartmann aveva notato un'incompleta utilizzazione dei grassi ingeriti, all'esame dell'A., 8 anni dopo, anche l'eliminazione dei grassi indigeriti scese entro i limiti normali.

Nello stesso paziente l'A. riscontrò i segni di una grave anemia a tipo ipercromo, ciò che fa, d'accordo con osservazioni di altri autori, supporre che l'asportazione totale dello stomaco possa causare una anemia perniciosa.

Dal fatto che tali segni si sono presentati molti anni dopo l'operazione, l'A. deduce che o l'avvenuta resezione costituisce una condizione predisponente all'attecchimento di un'A. P., oppure l'A. P. secondaria a asportazione di stomaco, procede assai lentamente prima di rendersi manifesta. A. CALÒ.

FISIOPATOLOGIA.

Il significato del colesterolo in fisiologia e in patologia.

(N. CHAMBERLAIN, *British Medical Journal*, 16 novembre 1929).

Il colesterolo è eliminato dall'organismo colla bile, per la mucosa intestinale e per la pelle. Il colesterolo eliminato è sostituito prevalentemente da quello introdotto coll'alimentazione, ma è probabile che se ne formi un po' anche per sintesi forse per opera delle surrenali. Queste vedute proposte dalla scuola francese furono negate dai tedeschi, ma l'A. le conferma con recenti osservazioni personali.

Il tasso del colesterolo nel sangue rimane notevolmente costante nello stesso individuo per opera certo di un fine meccanismo regolatore nel quale la milza ha parte importante per la proprietà di togliere dal sangue l'eccesso di colesterolo.

Il colesterolo nelle nefriti. — Nella nefrite il colesterolo del sangue è spesso aumentato. Le modificazioni più notevoli si hanno nella così detta nefrite parenchimatosa cronica, in cui il colesterolo nel sangue giunge a 400-600 mg. % (normalmente è di 140-180). Ordinariamente l'ipercolesterinemia è proporzionata al grado dell'edema, e alcuni considerano appunto ipercolesterinemia ed edema come causa ed effetto. Però furono osservati casi di ipercolesterinemia senza edema, quindi ci dev'essere una causa che provoca tanto l'ipercolesterinemia quanto l'edema. Da notare che in alcuni casi l'ipercolesterinemia persiste dopo scomparso l'edema e questo è segno di prognosi sfavorevole.

Nella nefrite acuta la colesterinemia giunge generalmente a mg. 200-300 %, ma raramente raggiunge il tasso elevato che si riscontra nelle nefriti croniche. La colesterinemia tende a tornare alla norma col miglioramento clinico della malattia; si mantiene alta nei casi in cui la nefrite tende a diventare cronica.

Nel tipo chiamato comunemente nefrite interstiziale la colesterinemia è stata riscontrata di grado vario dai diversi autori, secondo i casi: è molto modificata nelle forme in cui l'alterazione predominante è l'arteriosclerosi, non è modificata nelle altre.

Secondo Epstein l'ipercolesterinemia della nefrite cronica parenchimatosa può essere in rapporto coll'ipotiroidismo (c'è contemporaneamente diminuzione del metabolismo basale). Gardner e Gainsborough pur ammettendo l'ipercolesterinemia nell'ipotiroidismo e l'ipocolesterinemia nell'ipertiroidismo negano un parallelismo fra colesterinemia e metabolismo basale e ritengono che l'ipercolesterinemia dei nefritici possa spiegarsi coll'affinità che ha il colesterolo per le proteine del plasma sanguigno che sono alterate nella nefrite. Quest'ipotesi merita ulteriori ricerche.

Il colesterolo nei disturbi cardiovascolari. — La maggioranza degli autori ammette un'ipercolesterinemia nell'arteriosclerosi e si discute se c'è fra queste due condizioni rapporto di causa ed effetto. La questione non è ancora definitivamente risolta. Anitschkow e Chalatov produssero nei conigli ateroma aortico somministrando colesterolo e questo fu confermato da Scarff. Però esperimenti fatti in animali carnivori non diedero nessun risultato. Clinicamente Letulle, Labbé e Heitz resero noto un caso di arteriosclerosi che si manifestava a esacerbazioni accompagnate da aumento della colesterinemia. Però la dipendenza dei due fatti è ancora sub-iudice.

L'edema dell'insufficienza cardiaca non è accompagnato da aumento della colesterinemia e questo può servire a distinguere i cardiaci puri dai cardiorenali.

Il colesterolo nel diabete. — La lipemia dei diabetici gravi è indizio della gravità delle loro condizioni; siccome i tre principali gruppi di lipoidi, acidi grassi, lecitina e colesterolo, sono proporzionalmente aumentati, il dosaggio di uno di essi può bastare a indicare il grado della lipemia. Il colesterolo è il più stabile e il più facilmente dosabile.

La cura insulinica del diabete produce diminuzione della ipercolesterinemia e questo può essere un ottimo indice dell'efficacia della cura specialmente nei casi con notevole acidosi. La cura dell'ipercolesterinemia del diabete è incerta, però Chamberlain ha notato che nel

coniglio normale le iniezioni di insulina provocano diminuzione del colesterolo delle surrenali, le quali probabilmente vedono inibita per opera dell'insulina la loro attività produttrice di colesterolo. Perchè l'ipercolesterinemia può essere uno dei fattori di arteriosclerosi e pare che nei diabetici acceleri la formazione di una retinite, è bene nei diabetici abbassare tanto la glicemia che la colesterinemia.

Il colesterolo nei disturbi del fegato e delle vie biliari. — L'ittero e la calcolosi biliare sono le due condizioni in cui più è alterata la colesterinemia. Nell'ittero da ostruzione c'è ipercolesterinemia proporzionale all'intensità dell'ittero e questo può servire a distinguere l'ittero da occlusione da quello emolitico in cui spesso c'è ipocolesterinemia. L'ipercolesterinemia nella calcolosi è ritenuta causa di essa. Però secondo Campbell non c'è ipercolesterinemia nella colelitiasi se manca l'ittero. Nutrendo animali con colesterolo Blaisdell e Chandler ottennero calcoli biliari dopo che la colesterinemia apparve aumentata.

La gravidanza provoca ipercolesterinemia e per questo si trova spesso nei precedenti di donne sofferenti di colelitiasi.

Il colesterolo nelle anemie. — Parecchi autori hanno trovato nell'anemia perniciosa ipocolesterinemia, la quale secondo Pacini sarebbe una possibile causa della malattia. Ipocolesterinemia si ha anche nella clorosi e in altri tipi di anemia. Nelle anemie secondarie secondo alcuni c'è ipocolesterinemia, secondo altri nessuna modificazione della colesterinemia; sperimentalmente le emorragie profuse producono lipemia e ipercolesterinemia. Mac Adam e Shiskin hanno trovato nell'ittero familiare acolurico e nell'anemia splenica ipocolesterinemia e ritorno della colesterinemia al normale dopo l'ablazione della milza.

Ci sono splenomegalie associate a ipercolesterinemia, per esempio il morbo di Gaucher.

Chamberlain ha notato che le iniezioni endovenose di colesterolo aumentano di due o tre volte il volume della milza.

In questo lavoro l'A. non ha trattato le modificazioni della colesterinemia nei tumori maligni, nelle infezioni batteriche, come pure il problema della formazione locale di colesterolo.

R. LUSENA.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

A. FILIPPINI. *Igiene dei trasporti.* (Vol. in-16° del Trattato italiano d'igiene diretto dal prof. O. Casagrandi). In-4° di pag. 258 con 223 figure nel testo. Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1930. Prezzo L. 30.

In un'epoca in cui i trasporti hanno assunto così potente sviluppo da costituire quasi la caratteristica essenziale della civiltà, un libro come quello del Filippini risponde a necessità attuali.

Non dobbiamo considerarlo come uno dei consueti trattati, i quali sogliono essere rifacimenti più o meno avveduti e aggiornati di altri. Difatti l'argomento non era stato mai svolto in forma trattatistica, nè in Italia nè all'Estero, di modo che il libro acquista significato e valore di originalità.

A ciò contribuisce il largo contributo personale di osservazioni, recato dall'autore. Anche la copiosa documentazione grafica che correda il lavoro è, in larga misura, nuova.

L'autore era preparato di lunga mano ad uno studio del genere, poichè egli, quale dirigente il reparto d'igiene applicata nelle ferrovie dello Stato, era venuto acquistando, al riguardo, una competenza a tutta prova.

Secondo le concezioni moderne, l'A. intende l'igiene in senso molto lato: per es., egli v'include la profilassi degli infortuni e l'organizzazione dei servizi d'assistenza.

Giova avvertire che il libro si limita ai trasporti terrestri, poichè quelli navali sono trattati a parte nella stessa enciclopedia d'igiene (forse conveniva di precisare anche nel titolo).

L'ordine delle materie è razionale: l'A. tratta separatamente delle ferrovie, delle tramvie e dell'automobilismo. Alle ferrovie, naturalmente, è fatta la parte maggiore; vi sono comprese anche le metropolitane e le ferrovie aeree.

Delle ferrovie vengono presi in esame l'ambiente esterno, la carrozzeria, gl'impianti fissi (stazioni, caselli, ecc.), i trasporti di merci, di bestiame, di persone; nei riguardi dei trasporti si tratta delle malattie infettive e degli infortuni; vengono poi considerate la patologia e l'igiene del lavoro ferroviario e l'organizzazione del servizio sanitario sulle ferrovie. In una breve appendice sono raccolte norme, moduli regolamenti, ecc.

Si resta impressionati dalla mole imponente dei dati e delle osservazioni consegnate nel volume, relative così all'Italia come all'Estero, nonchè dalla gran copia di figure. Attraverso dettagli tecnici precisi, il libro risponde a tutte le esigenze della pratica. Non fa troppa larga parte all'ingegneria e alla tecnica costruttrice; d'altra parte, evita anche di addentrarsi nelle questioni amministrative.

L'esposizione è fatta con metodo, con chiarezza perfetta e con esattezza.

Il volume è stampato con la cura abituale nell'Utet. Il prezzo ne è molto modesto ed accessibile.

L. V.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1).

K. WALTER. *Die Blut-Liquorschranke.* Un vol. di pag. 222 con 28 tabelle. Edit. G. Thieme. Lipsia, 1929.

L'A. ha voluto colmare una lacuna nel darci una trattazione completa del problema della permeabilità delle meningi. La fisiologia del liquor presenta ad ogni capitolo un problema sui rapporti tra sangue e liquor. Basta ricordare l'origine del liquor, la sua importanza per le funzioni del cervello e i suoi rapporti con la « linfa cerebrale », l'importanza degli spazi perivascolari e i loro rapporti funzionali e anatomici con lo spazio sottoaracnoideo.

Oltre ai dati di pura fisiologia, l'A. estende la sua trattazione alla fisico-chimica del liquor, ai metodi di prova funzionale della permeabilità delle meningi e alla permeabilità stessa in condizioni normali e nei diversi stati morbosi.

La trattazione è completata da un ricco indice bibliografico. VALDONI.

JAIME T. *Cefalalgias de origen ocular.* Libreria Sintes. Barcellona, 1928. Prezzo 10 pesetas.

La cefalea è un sintoma che si incontra molto frequentemente nella pratica usuale e per il quale il medico internista è consultato spesso. Mentre la sua etiologia è tanto complessa e la sua guarigione richiede molte volte un esame completo dell'organismo, in alcuni casi rimane difficile la diagnosi se non si tiene presente la raccomandazione di Axenfeld, che cioè « è opportuno un esame oculare in tutti gli infermi che soffrono di cefalea ». In questo lavoro l'A. si rivolge appunto al medico generico, orientandolo in tutti i casi dubbi e rivelandogli, in non poche occasioni, infermità insospettate.

È una ricapitolazione delle sindromi riferentisi alle cefalee ed alle nevralgie in rapporto con la patologia oculare, in cui i disturbi dell'apparato visivo servono di orientamento diagnostico, sia come cause dirette, sia come mezzo per scoprire le malattie generali che le producono. Giacchè è noto che solo l'esame oftalmoscopico talvolta scopre malattie a cui nè il medico nè il paziente avevano mai pensato.

Frutto, più che altro, dell'esperienza acquistata nella Clinica oculistica di Barcellona, di cui l'A. è vice direttore, questo libro scritto, in forma chiara e simpatica e corredato di numerose figure e schemi, è destinato, per il suo scopo eminentemente pratico, a stare sul tavolo di ogni buon medico generico.

MEZZATESTA.

B. DI TULLIO. *La costituzione delinquenziale nella etiologia e terapia del delitto.* Anonima Romana Editoriale, Roma. Prezzo L. 15.

Il Di Tullio ha felicemente inquadrata la criminalità nella dottrina della costituzionalità, ha brillantemente adeguati all'opera lombrosiana i concetti che guidano la scuola costituzionalista.

Come esistono costituzioni linfatiche, pletoriche, tubercolari, arteriosclerotiche, asteniche, neuropatiche, psicopatiche, esiste una costituzione delinquenziale. E come in quelle la malattia si sviluppa sotto l'influenza di fattori esogeni, la criminalità si determina sotto la azione di speciali fattori ambientali e biologici.

Di tale concezione il Di Tullio non rivendica l'originalità. Anzi con abbondanti citazioni dimostra come essa sia stata da tempo intuita e scientificamente precisata dal Lombroso e dal Virgilio che riconobbero la natura morbosa del delitto.

L'A. insiste sopratutto sul fatto che l'elemento costituzionale costituisce solo una tendenza al delitto. Perchè la criminalità si esteriorizzi occorre l'intervento di fattori ambientali favorevoli. Da ciò la possibilità e la necessità della profilassi della delinquenza con espedienti adeguati alle premesse dottrinali.

La forma chiara e persuasiva accresce i pregi di questo libro, che si raccomanda alla lettura dei medici, perchè per questi l'A. rivendica il diritto ed il dovere di preservare la società dal delitto. DR.

G. MARAÑON. *Los estados intersexuales en la Especie Humana.* Javier Morata edit. Madrid, 1929, p. 262.

L'interesse che desta il libro del Marañon va oltre i confini della pura medicina. In esso l'illustre studioso ed endocrinologo spagnolo intende sostenere che « la intersessualità è un elemento della normale sessualità attuale e che la sua conoscenza è uno dei punti di partenza della normalità futura »; ed inoltre: « tra l'essere umano con sessualità immacolata, quasi teorico, e l'invertito sessuale, trovasi la gran massa degli uomini e delle donne che, normali nel campo sociale, biologicamente hanno una sessualità impura ».

Bisogna ben intendere, e scientificamente, il significato di questi concetti per non interpretare (come potrebbe farsi da curiosi e dilettanti) assai erratamente il pensiero dello scrittore.

Dopo vari capitoli dedicati alla trattazione dei differenti caratteri sessuali nell'uomo e nella donna (differenze morfologiche, biologiche, psichiche, ecc.), l'A. tratta degli stati intersessuali nell'evoluzione della specie e dell'individuo ricercandone le cause, attraverso un fine studio clinico e biologico, in fattori esogeni ed endogeni di prevalente natura costituzionale ed endocrina. Viene così mostrato come, nella massima parte degli individui di specie umana, nella loro evoluzione ontogenetica e filogenetica, caratteri fisici o funzionali femminili e maschili trovansi riuniti nello stesso soggetto ora in proporzioni del tutto equivalenti, ora con predominio delle stigmate del sesso legittimo sullo spurio.

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

Alla fine del volume, sulla traccia degli studi fatti in proposito ai fattori determinanti le differenziazioni del sesso e quelli determinanti l'intersessualità, l'A. addita i mezzi terapeutici di cui si dispone per correggere la intersessualità; essi sono prevalentemente di due ordini: pedagogico educativi e medicamentosi (opportuna opoterapia, innesti glandulari, ecc.).

Indicazioni bibliografiche e figure corredano questa interessante pubblicazione del prof. Marañon.

D. M.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 20 febbraio 1930.

L'anemia dei ratti smilzati o "anemia da Bartonella,,.

Dott. MICHELE LEVI. — L'O., riassunte brevemente le concezioni attuali sulla questione dell'anemia dei ratti smilzati o « anemia da Bartonella », dichiara di avere intrapreso in proposito una serie di esperienze.

A un certo numero di ratti albini provenienti da un allevamento di Firenze ha estirpato la milza, e ha ottenuto l'insorgenza di una grave anemia con emoglobinuria; l'esame del sangue dava: diminuzione dei globuli rossi da 9.000.000 a 4.000.000, valore globulare da 1,10 a 1,25, leucocitosi relativa con apparire di gran numero di leucociti polinucleati che come è noto sono scarsissimi nel ratto normale, piastrinemia imponente.

Ha osservata la presenza di grosse formazioni endoglobulari colorabili a fresco col *Brillant Cresyl Blau*, talora fornite di movimenti Browniani.

Dimostra degli strisci eseguiti col sangue di un animale smilzato da 16 giorni e colorati col Giemsa, ove si osserva la quasi totalità delle emazie presentare al suo interno delle formazioni granulari o bacilliformi, uniche o multiple, colorate in rosso.

Ha osservato che le emazie contenenti le formazioni suddette hanno peso minore delle emazie normali, e ritardano la loro deposizione sul fondo della camera del Thomas-Zeiss; simile fatto fu confermato anche dalla centrifugazione. L'O. dichiara che dato lo stato iniziale delle ricerche non può fare alcuna illazione se tali formazioni endoglobulari siano delle Bartonelle, dei parassiti o prodotti di parassiti, o non piuttosto, come vogliono alcuni AA., dei residui nucleari o dei prodotti di smescolamento colloidale.

Sta tentando la trasmissione dell'infezione, se di infezione si tratta, a ratti sani; cercherà in seguito quale valore si può dare al pidocchio del topo come agente patogeno dell'infezione. Vedrà inoltre come si comporta di fronte l'infezione l'animale cui sia stata inibita la funzione splenica; e studierà le alterazioni anatomo-patologiche dei ratti anemici, alterazioni sinora mal note, e che possono forse dare qualche spiegazione sull'origine di questa strana forma morbosa che è l'anemia dei ratti smilzati.

Sul così detto cancro cavitario del polmone.

Prof. A. TERZANI. — L'O. prendendo occasione da un'osservazione personale (non pubblicata) sottopone ad esame critico la denominazione « Cancro cavitario del polmone » che in questi ultimi tempi, specialmente, ha fatto spesso la sua comparsa: riconosce come varia sia la patogenesi delle cavità nei carcinomi p. e come esse possano risiedere in seno al neoplasma e fuori di esso: esse possono essere dovute a bronchiectasie preesistenti sulle quali il N. n'è impiantato o secondarie a disturbi meccanici sui bronchi dal N. provocate, a fenomeni necrobiotici e colliquativi per infezioni sopraggiunte favorite da disturbi meccanici locali del circolo sanguigno e linfatico.

Esiste un centro vegetativo epilettogeno nella regione diencefalica?

Prof. A. SALMON. — L'O. ritiene che la patogenesi delle crisi epilettiche, insufficientemente chiarita dalle teorie corticali, possa meglio spiegarsi coll'ammissione d'un centro epilettogeno, di natura simpatica, la cui eccitazione provochi la brusca reazione vegetativa con cui si inizia e si esplica la crisi convulsiva e determini la diffusione degli impulsi epilettogeni a tutti i centri nervosi cerebro-spinali. La sede diencefalica, particolarmente infundibolare, di questo centro epilettogeno appare confermata dal fatto che le crisi cessano abitualmente con un sonno profondo, attribuito alla depressione del centro infundibolare regolatore del sonno, migliorano cogli ipnotici (luminal, sonnifen, cloralio) che esercitano una azione elettiva sul centro medesimo: Economo, Demole). Si è altresì rilevato che l'eccitazione sperimentale dell'infundibolo col cloruro di potassio (di cui sono note le proprietà epilettogene) si traduce nell'animale con una viva eccitazione motrice, con delle crisi epilettiformi (Demole, Marinesco).

Gli intimi rapporti funzionali tra i nuclei diencefalici e l'ipofisi (si ammette che il secreto vasocostrittore di questa glandola eserciti un'azione moderatrice sui nuclei in parola) spiegano la frequenza con cui le crisi convulsive si osservano nei tumori del 3º ventricolo, nei tumori ipofisari, nell'acromegalia, nella sindrome di cachessia ipofisaria o nell'ipofisectomia. Le crisi epilettiche si modificano per l'influenza dei disordini endocrini (mestrui, ipo- e ipertiroidismo, ecc.) che si riflettono sulla funzione ipofisaria; si sospendono nella gravidanza, dopo l'ovariectomia o la capsulectomia determinanti l'iperfunzione dell'ipofisi; sono infine numerosissimi i casi descritti in cui le crisi epilettiche migliorarono colla cura ipofisaria. Autorevoli AA. ritengono per questa ragione che l'insufficienza della funzione ipofisaria rappresenti una condizione predisponente alle crisi, concezione che si accorda con l'osservazione di Altemburger e Stern che negli epilettici si constata una deficienza di pituitrina nel liquor.

Si comprende altresì che la brusca reazione del centro epilettogeno diencefalico, sensibilissimo per la sua sede ventricolare alle modificazioni quantitative e qualitative del liquor, e di conseguenza le crisi convulsive segnano all'aumento

di pressione ed alle intossicazioni del liquido cefalo-rachidiano; verrebbero chiariti in tal guisa i numerosi casi in cui le crisi apparvero consecutive all'ipertensione endocranica (tumori cerebrali, meningiti sierose, forti emozioni, ecc.), alle modificazioni tossiche o flogistiche del liquor (intossicazioni anafilattiche, encefaliche, epidemica, sifilide cerebrale, ecc.), alle alterazioni infine dei plessi coroidei. L'epilessia stessa d'origine corticale spiegasi da un lato col *deficit* della funzione corticale e coll'ipereccitabilità secondaria dei centri diencefalici, dall'altro colle modificazioni liquorali provocate dalle alterazioni meningo-corticali e riflettentesi sui nuclei diencefalici. Il meccanismo di queste crisi differirebbe quindi da quelle a tipo jaksoniano dovute all'eccitazione diretta dei centri corticali motori.

L'ammissione quindi di un centro diencefalico epilettogeno si accorda colla complessa etiologia delle crisi, rischiarandone notevolmente il meccanismo. *Il Segretario*: Prof. P. NICCOLINI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Sedute dell'8 gennaio e del 5 febbraio 1930.

Presidenza: G. PIERI, presidente.

Pneumotorace ipotensivo contemporaneamente o successivamente bilaterale.

Prof. L. MANINI. — Riassume le storie cliniche di 4 malati di tubercolosi che ha trattato nell'anno decorso con il p. contemporaneamente bilaterale: in uno il risultato è stato negativo, in due discreto, in uno ottimo. Pur essendo la sua casistica molto modesta esprime la convinzione personale che il metodo possa in casi bene scelti essere realmente efficace, e si propone per l'avvenire di attuarlo con maggiore larghezza.

Ancora della cura chirurgica dell'angina pectoris.

Prof. G. PIERI. — Presenta una malata nella quale, seguendo le suggestioni di Danielopolu, egli ha ripetuto l'operazione (ramisezione) perfezionandola nel senso che alla resezione dei rami comunicanti che si originano dal ganglio stellato e dal ganglio intermediario, e alla sezione del cordone del simpatico al disopra di questi, l'O. ha aggiunto la resezione di tutti i rami del vago che scendono nel torace al disotto del laringeo superiore (per sezionare il nervo depressore), e la simpatectomia periarteriosa del bulbo carotideo (che pare un centro importantissimo di riflessi vasocostrittori).

Si tratta di una donna di 56 anni che da una ventina di anni soffriva di accessi di angina pectoris sempre più frequenti e violenti, durante uno dei quali il giorno 11 gennaio 1929 fu condotta in Ospedale. Fu operata il giorno successivo. Restò completamente libera di attacchi fino all'agosto, epoca nella quale i dolori ricomparvero, molto più lievi e rari, e con la particolarità che erano prevalenti nella metà destra del torace e del collo.

L'O. pensa che sia necessario praticare l'operazione anche a destra. È illogico pensare che il cuore e l'aorta, che sono organi mediani e impari, possiedano solo una innervazione unilaterale.

Su un caso di grave pemfigo vegetante con necroscopia.

Dott. P. MILANI. — Riferisce su un caso di p. v. di speciale malignità terminatosi con la morte a un anno e mezzo dall'inizio del male.

L'applicazione dei raggi ultravioletti produsse una rapida (ma temporanea!) riparazione delle vaste abrasioni.

La necroscopia fece constatare degenerazione del miocardio (fragmentatio cordis) degenerazione grassa del fegato e torbida dei reni.

L'esame istologico della pelle nelle zone alterate dimostrava mancanza dello strato corneo, riduzione di spessore dello strato malpighiano nello spessore del quale si osservavano bolle già formate o in via di formazione, scarsezza estrema di vasi, sclerosi del corion e infiltrazione linfocitaria (non leucocitaria).

L'esame delle ghiandole a secrezione interna dimostrò gravi alterazioni della tiroide (zone di necrosi e di calcificazione), e ipertrofia dei surreni (specie a carico della midollare); le ovaie presentavano lieve sclerosi all'ilo, ma conservavano ancora la loro struttura normale.

L'O. pensa che la patogenesi del p. v. possa esser ricercata in disfunzioni endocrine e del sistema neurovegetativo.

Alcuni casi di tubercolosi polmonare trattati con la Citoretina.

Dott. O. BERTOLOTTI. — L'O. ha trattato recentemente colla Citoretina 4 casi di tubercolosi polmonare. con risultato soddisfacente: aumento rapido di peso, comparsa dell'appetito, senso di benessere, rapida diminuzione dell'escreato.

In 3 casi si trattava di pazienti in periodo avanzato, con forma bilaterale, in cui non era più applicabile il pneumotorace, e che a distanza di 3 mesi dall'inizio della cura sono aumentati di peso fino a 5 Kg., e presentano un miglioramento soggettivo e obbiettivo impressionante. Nel quarto caso, in cui la forma era meno estesa si è ottenuto un aumento di peso di 9 Kg., e la scomparsa della tosse, dell'escreato e dei bacilli.

L'O. si propone di adoperare il rimedio anche in tutti quei casi che vengono trattati contemporaneamente colla collassoterapia.

Osservazioni radiologiche sulla fisiopatologia del tenue.

Prof. M. LAPENNA. — Ha avuto occasione di osservare nell'intestino tenue delle sindromi funzionali di notevole interesse.

L'O. ha potuto mettere in rilievo una sindrome iperstenica e una ipostenica.

La prima può presentarsi sotto due forme: una ipercinetica che si osserva nella parte alta del digiuno ed è caratterizzata da una breve iniezione delle anse con rapidissimo passaggio e deflusso continuo del liquido opaco, e una ipertonica localizzata nella seconda metà del digiuno, e caratterizzata da un ristagno abbastanza lungo del liquido opaco nelle anse, che presentano spasmi localizzati a monte dei quali si osserva una modica dilatazione (a questo quadro radiologico corrisponde una sintomatologia clinica prevalentemente dolorosa).

La sindrome ipostenica è caratterizzata da modica distensione di un gruppo di anse (quasi

sempre del tratto ileale basso) con piccoli livelli liquidi, e prolungato ristagno (fino a 24 ore). Tale quadro corrisponde a una sindrome clinica prevalentemente dispeptica, e l'esplorazione operatoria ha dimostrato in alcuni casi assenza di mesenterite retrattile.

Non sempre le sindromi funzionali del tenue si associano con analoghi stati negli altri segmenti del tubo digerente, anzi può presentarsi netto antagonismo fra le alterazioni del tono del tenue e quello dello stomaco e del colon. L'O. spera che le ulteriori osservazioni gli permetteranno di inquadrare con maggiore completezza le alterazioni funzionali rilevate dalla radiologia in determinate sindromi cliniche.

Le complicazioni polmonari postlaparotomiche. Profilassi e terapia.

Dott. N. BOSMIN. — L'O. riferisce sulle misure adottate nel Reparto Chirurgico dell'Ospedale di Belluno per prevenire e curare le complicazioni polmonari nei laparatomizzati.

Il giorno precedente alla operazione viene fatta la revisione della bocca con pulizia (ed eventuale estrazione) dei denti e pennellazione delle gengive con bleu di metilene; si pratica una iniezione endomuscolare di afenil.

Nei malati polisarcici poche ore prima della operazione si pratica un salasso, nei fortemente itterici la irradiazione della milza. Un'ora prima dell'operazione iniezione ipodermica di Mass Zambeletti. Di regola narcosi eterea (se il paziente è tossicoloso anestesia locale, nelle laparotomie ipogastriche rachianestesia). Dopo l'operazione iniezione ipodermica di lobelina, e se si trattò di laparotomia sopraombelicale, nuova iniezione endovenosa di afenil.

Nei giorni successivi se compare tosse con febbre, oltre le cure abituali, iniezioni di etere, ed eventualmente autoemoterapia.

Con queste provvidenze si è ottenuto un notevole abbassamento nelle mortalità per complicazioni polmonari postoperatorie; nel 1929 su 266 laparotomie (di cui 95 sopraombelicali) si ebbero 13 complicazioni polmonari (4,88 %), con 2 morti (0,75 %) (ambedue in pazienti operati sulla metà superiore dell'addome).

Rottura traumatica sottocutanea della parete addominale con meccanismo di scoppio.

Dott. G. LISE. — Un giovane di 17 anni nel settembre 1925 fu investito da un muro in demolizione riportando una vasta ferita lacero-contusa nel quadrante inferiore sinistro dell'addome, medialmente alla spina iliaca antero-superiore di sinistra; condotto in Ospedale si constatò inoltre una tumefazione nell'ipocondrio destro, costituito da anse intestinali erniatesi nel sottocutaneo; non sintomi di lesione viscerale.

In narcosi attraverso un'ampia incisione trasversale si ridussero le anse, si esplorarono i visceri sottostanti, e si praticò la sutura della parete addominale, la cui rottura corrispondeva all'attacco dei muscoli obliqui e trasverso alla guaina del retto, e aveva una direzione obliqua dall'alto in basso e dall'interno all'esterno. Seguì normale guarigione.

Dott. G. LOCATELLI, *Segretario.*

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 20 gennaio 1930.

Presidenza: Prof. D'ALESSANDRO.

Un caso di perforazione intestinale da ascaride.

Dott. G. MORETTI. — L'O. riferisce il caso di una perforazione dell'ileo a 2-3 cm. dal cieco, da parte di un ascaride, riscontrato al tavolo anatomico. L'O. illustra con microfotografie i caratteri della perforazione, piccolissima e l'aspetto delle sezioni della parete, aspetto che ha permesso all'O. di argomentare intorno al probabile meccanismo d'azione dell'ascaride stesso.

La discussione seguita ha messo ancora una volta in rilievo la necessità di intensificare la profilassi contro la elmintiasi intestinale.

Un caso di pneumotorace bilaterale simultaneo.

Dott. P. LEIDI. — Illustrazione di un caso documentato da radiogramma preso dopo un anno dall'inizio della collassoterapia contemporaneamente bilaterale. Indicazione sorta dal riattivarsi di lesione infiltrativa apicale controlaterale durante semplice pneumotorace. In tal caso la prognosi gravissima giustificò ogni audacia. Inoltre la seconda lesione fu aggredita all'inizio e quindi il polmone ebbe facile influenza da parziale compressione, permettendo pneumotorace elettivo.

Il Segretario: C.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Le prove dell'atropina e dell'ortostatismo di Danielopolu in alcune tiroideopatie.

Una grande quantità di lavori sono stati pubblicati sui rapporti che esistono tra il sistema nervoso vegetativo e le ghiandole endocrine. In generale però quasi tutti si occupano dei rapporti tra le surrenali ed il simpatico, mentre scarsi sono quelli che trattano il problema del mantenimento del tono e dell'eccitabilità del parasimpatico.

F. Del Castillo (*La Prensa med. Arg.* n. 3, 1929) ha eseguito uno studio metodico mediante la prova di Danielopolu, dei rapporti del sistema nervoso vegetativo e le tiroideopatie, giungendo alle seguenti conclusioni:

1°) La prova dell'ortostatismo e dell'atropina è un metodo semplice per l'esplorazione del sistema nervoso-vegetativo. Da sola però non è sufficiente a classificare un infermo in questo o in quel gruppo, poichè per avere una idea precisa dello stato endocrino-simpatico, sono necessarie altre esplorazioni: metabolismo basale, determinazione del Ph, ecc.

2°) La tecnica di Danielopolu è controindicata nei vecchi, negli astenici, nei renali;

3°) In tutti i casi di secrezione tiroidea alterata vi è diminuzione del tono del vago, per cui deve esistere una stretta relazione tra il tono del vago e la secrezione tiroidea.

4°) A spiegare l'ipovagotonia costante in tutte le tiroideopatie, si può pensare che, dato che il pancreas condiziona l'attività del vago ed il vago condiziona l'attività tiroidea per la sua azione eccito-secretoria, in queste affezioni vi siano alterazioni della secrezione insulinica oppure che la tiroide stessa con le sue secrezioni contribuisca a mantenere il tono del vago.

A. P.

La prova del chinino nel gozzo esoftalmico.

Tale prova venne consigliata per primo da I. Bram, nel 1920. Essa consiste nel dare al paziente una dozzina di capsule ognuna delle quali contiene 65 cg. di chinina (bromidrato o solfato), con la prescrizione di prenderne quattro al giorno. Dopo l'ingestione di g. 1,95, un individuo con tiroide normale o deficiente, avverte i sintomi del cinconismo: senso di pienezza alla testa, eventualmente vertigini e cefalea e, meno spesso, disturbi gastrici e vescicali. Invece, negli individui con gozzo esoftalmico, la somministrazione giornaliera di g. 1,90 può continuare impunemente per mesi, spesso anzi determinando un certo miglioramento.

La prova venne fatta in numerosi individui con ipertiroidismo e fu confermata, con un errore del 4,4 %. Essa è semplice ed innocua.

(*Endocrine Survey*, ott. 1929). *fil.*

CASISTICA E TERAPIA.

L'ittero dei neonati.

L'ittero dei neonati è fisiologico piuttosto che patologico, ciò che si può affermare in vista della sua costanza. Si tratta di un ittero emolitico senza interruzione delle vie biliari od accumulo di colati.

Il fegato ed il rene non funzionano nel feto; questi però distrugge ugualmente una parte delle emazie e si sbarazza dei detriti di bilirubina e di xantorubina per mezzo della placenta materna.

Alla nascita, la via ombelicale viene brutalmente interrotta; il sangue del bambino contiene una quantità di bilirubina che è tripla di quella del sangue materno. Il bambino, sprovvisto di emuntorio, è quindi alla soglia dell'ittero e se il fegato tarda a funzionare oltrepassa tale soglia. Per far sì che l'organo elimini della bile, esso deve essere sollecitato dal riflesso causato dal sovraccarico di elementi da filtrare. Analogamente, del resto, succede per la respirazione: il bambino non incomincia a respirare che quando è virtualmente asfissiato da un eccesso di CO_2, che eccita violentemente il centro midollare e provoca la respirazione.

L'accumulo visibile della bilirubina che si manifesta con l'ittero, è il più spesso necessario per mettere in opera il meccanismo fisiologico dell'emuntorio biliare. Dopo 4-8 giorni, il bambino fabbricherà della bile che sarà anche molto concentrata, come lo dimostrano le prime feci del poppante. Tale ittero provvidenziale non ha quindi nulla di misterioso, è anzi un fenomeno normale.

(Ide. *La revue méd.*, 18 aprile 1929).

fil.

Osservazioni sulla stasi biliare intermittente.

F. König (*Münch. Med. Woch.*, 22 novembre 1929) descrive sei casi clinici caratterizzati dalla presenza di sofferenze, prevalentemente gastriche, che duravano da 6-10 anni, con periodi di esacerbazione, accompagnate a itteri fugaci. L'intervento operatorio dimostrò che tali fenomeni erano da attribuirsi ad una anormale disposizione della cistifellea: in 4 casi essa era avvolta e compressa da una membrana tesa tra colon, duodeno e fegato, che ostacolava notevolmente il deflusso della bile.

In un altro caso la cistifellea, pendula e non sostenuta, aveva subìto notevolissime deviazioni e angolature: in un 6° infine, la cistifellea era quasi sepolta dal bordo epatico, solcato da profonde rughe abnormemente sviluppate. In tutti e 6 i casi la cistifellea era libera di calcoli.

Si trattava dunque in ogni caso di fattori meccanici, incapaci di determinare una stasi

« permanente » ma solo un ostacolo « intermittente » al deflusso della bile.

L'A. conclude affermando che, contrariamente ad altri, egli non crede che queste anomalie possano favorire l'insorgenza della litiasi biliare e il lungo decorso senza calcolosi dei casi che egli riferisce sembra dargli ragione.

V. Serra.

Alcune considerazioni sulla sindrome " occlusione del coledoco ,,.

A proposito di un caso clinico, Serrada (*La Medicina Ibera*, dic. 1929) pone il problema della diagnosi della occlusione del coledoco da calcoli e di cancro della testa del pancreas.

Egli studia clinicamente la sindrome occlusione e fa notare la rapidità con la quale l'itterizia si stabilisce quando il calcolo si incunea nello sbocco del coledoco o immediatamente davanti alla papilla del duodeno.

Nel cancro della testa del pancreas invece l'ittero si produce in modo insidioso e diviene a poco a poco più intenso fino ad una tinta verdastra; mancano all'inizio le coliche, i brividi e la febbre. La cistifellea appare ingrossata ma non è dolente alla palpazione che invece risveglia dolore all'epigastrio.

L'A. insiste nella necessità di diagnosticare precocemente la occlusione del coledoco da calcolo onde praticare l'estrazione di esso prima che le lesioni siano irrimediabili, prima cioè che si sia stabilita una grave intossicazione colemica. Il drenaggio del coledoco con tubo di Kert e poi l'estrazione del calcolo, costituiscono il trattamento ideale.

Nei casi di cancro della testa del pancreas solo una pronta derivazione della bile mediante colecisto-digiunostomia o c.-duodenostomia, o c.-gastrostomia o fistola all'esterno, può alleviare il paziente.

Di fronte ad infermi in gravi condizioni si opererà in due tempi: 1) scarico della bile all'esterno e poscia, scomparso l'ittero, 2) estrazione del calcolo o anastomosi.

Vicentini.

La flogosi polmonare consecutiva ad infiammazione dei dotti biliari e della cistifellea.

Akaiwa e Shida (*Surg. Gyn. a. Obst.*, 1929) hanno potuto osservare come siano frequenti le flogosi polmonari e bronchiali nei calcolosi delle vie biliari, e che talvolta tali flogosi guariscono coll'asportazione della cistifellea ammalata. Hanno pertanto istituito delle ricerche sperimentali da cui risulta che è possibile produrre delle polmoniti negli animali per effetto di colecistiti acute, ma si deve interrompere il coledoco e produrre un'infezione con germi virulenti. I germi possono giungere dalla vescichetta biliare ai polmoni per due vie:

a) direttamente attraverso il diaframma;

b) indirettamente per mezzo del torrente circolatorio. Il lato più colpito è quello destro.

Secondo gli AA. la minor ampiezza delle escursioni diaframmatiche del lato destro negli epatici non avrebbe una grande importanza nella genesi di questa polmonite.

L'origine delle polmoniti è essenzialmente da ricercarsi nel sopraggiungere nell'albero polmonare di batterii provenienti dalle vie biliari, e infatti tale complicazione è molto più frequente nelle occlusioni del coledoco o nelle gravi infezioni biliari.

V. Ghiron.

Drenaggio biliare.

Si considera da alcuni come poco pratico, però è importante perchè permette di esaminare la bile estratta col cateterismo duodenale. Per farlo occorre molta pazienza tanto da parte del medico che da parte del malato. T. C. Hunt (*The Lancet*, 12 ott. 1929) descrive la tecnica del cateterismo dettagliatamente. Per i risultati ecco quanto riferisce: l'impossibilità di ottenere bile dopo 2 sondaggi è un forte argomento in favore di un calcolo biliare; se vi si associa ittero indica occlusione delle vie biliari. Il sondaggio può servire a differenziare il cancro della testa del pancreas dall'ittero catarrale grave. L'assenza di bile B può, sebbene raramente, aversi in fegato e vie biliari sani. Il dolore durante il flusso della bile è in favore della calcolosi e dell'infezione della cistifellea. L'esame microscopico della bile è importante: la presenza di cellule di pus in bile concentrata spesso con molte cellule epiteliali è caratteristica della colecistite; cristalli di colesterolo in numero discreto sono a favore di un calcolo; cristalli di bilirubinato di calcio non hanno significato ben definito e possono trovarsi in individui normali. C'è molta albumina nell'infezione biliare, ma può esserci anche in disturbi epatici senza infezione (normalmente c'è 1/2 ‰ di albumina; al di sopra di 1 ‰ è sempre patologico). La presenza di urobilina è anormale e si ha nella disfunzione epatica.

R. Lusena.

Le indicazioni operatorie nella litiasi biliare.

A. Hijmans van den Bergh (*La vie médicale*, 19 settembre 1929) considera i segni seguenti come indicazioni imperiose di operare nella litiasi biliare:

1) sintomi che fanno pensare a una peritonite da perforazione localizzata nella regione della cistifellea, in un individuo ad antecedenti litiasici;

2) sintomi che fanno ammettere un'infiammazione grave della cistifellea, con febbre e formula sanguigna che fa pensare ad un empiema;

3) quando, in un individuo con antece-

denti litiasici, vi è ittero e febbre, che fanno supporre un'infiammazione delle vie biliari;

4) quando, nella regione della cistifellea, si trova un tumore che si è in diritto di ritenere come una cistifellea tesa dall'infiammazione, con o senza segni che permettono di pensare alla presenza di calcoli;

5) quando la durata dell'ittero da ritenzione, determinata dalla presenza di calcoli nel coledoco, oltrepassa le 6 settimane;

6) quando si trova un calcolo nel coledoco, che dà accessi frequenti di dolori (coliche) accompagnati da ittero e da febbre (febbre intermittente epatica) ed il trattamento medico non ha dato risultati;

7) quando il malato, pur non avendo febbre, nè ittero, soffre di coliche epatiche tanto violente e frequenti da avere un'influenza sfavorevole sullo stato fisico e mentale;

8) in caso di ileo determinato da un calcolo biliare.

Si dovrà sempre tener conto delle forze del malato e non trascurare il rischio operatorio. Si terrà inoltre presente che le coliche epatiche violente e capricciose che vengono in momenti inopportuni, privano i malati della gioia di vivere e ne fanno dei poveri invalidi; nè si deve trascurare la possibilità di sviluppo di carcinoma ed il pericolo che questi malati diventino dei morfinomani. Non bisogna però dimenticare che, anche dopo l'operazione possono sussistere dei dolori, di cui la genesi è tuttora oscura. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI

Radiografia di cisticerchi calcificati. — All'abb. n. 2528, G. G. (Latisana):

Schinz, a pag. 447 del suo recente trattato di Röntgendiagnostica, descrive largamente i cisticerchi calcificati nei muscoli e ne dà i caratteri radiologici che corrispondono a quelli da Lei osservati. Geipel (1913) ha pubblicato un lavoro sull'argomento nei *Fortschritte;* così Pichler nel 1911 sulla *W. Kl. Woch.;* così Stieder (*Beitr. z. Klin. Chir.*, Bd. 42); così Köhler, ecc. Assmann nel suo trattato ne riferisce pure largamente specie nei rapporti con la trichinosi.

Anche in Italiano sono stati riferiti casi di cisticercosi: in ogni modo non è reperto frequente ma eccezionale. Rimando al bel lavoro di Bignami sull'argomento (*Archivio di Radiologia,* 1928). L'autoinfestione avviene per rigurgito di un segmento maturo dal duodeno nello stomaco: le oncosfere sono messe in libertà e, come nel maiale, emigrano nei tessuti; qualche volta le oncosfere sono ingerite con le verdure o con la terra.

La cura nella cisticercosi diffusa è negativa; nelle forme solitarie (occhio, mammella ad es. nel caso di Alessandri) è la chirurgica.

M. E.

All'abb. n. 6180:

Il manuale di fisica di ST. MEYER e E. SCHWEIDLER non è stato tradotto in italiano. Un breve manuale di fisica per medici, in inglese, è il seguente: H. C. H. CANDY: *A Manual of Physics*, pubblicato da Cassell & Company, Londra e New York; uno in francese è quello di J. CLUZET, *Précis de physique médicale*, 3ª ediz., edit. G. Doin & Cie, Parigi.

fil.

All'abb. n. 5088.

I pavimenti di linoleum, purchè ben tenuti, rispondono bene anche per camere operatorie. Per il pavimento a mattonelle, vi è sempre da temere che i giunti non siano perfetti; meglio varrebbe un pavimento in cemento o terrazzo, a gettata unica. *fil.*

VARIA.

Pessimismo e ottimismo nella medicina.

In un dialogo che immagina fra un medico ottimista ed uno pessimista, Plesch (*Mediz. Welt*, n. 1, 1930) mette di fronte l'una all'altra le due tendenze che sono antiche quanto l'arte medica; tendenze la cui influenza si rivela sopratutto nel modo di fare la prognosi e nella fiducia nei medicamenti.

Non solo il malato, ma anche il medico dovrebbe essere oggetto di studio dal punto di vista costituzionale; il medico è senza dubbio notevolmente influenzato dalla propria costituzione nel modo di considerare il malato, e nel giudizio che dà su molti problemi: ad alcuni dei quali l'A. accenna brevemente.

La pura obbiettività è il fine al quale tendono i nostri sforzi; fine che è illusione credere di poter raggiungere.

Il dialogo è di lettura piacevole, ricco di osservazioni argute e di *humour;* i due interlocutori finiscono col dichiarare di rimanere ognuno del proprio parere, come accade in molti casi dopo lunghe discussioni.

F. B.

Il più antico istituto psichiatrico d'Europa.

Esso è quello di Firenze aperto nel 1740, diretto dal Chiarugi che fu assieme al Valsalva e al francese Pinel uno dei precursori della riforma della psicopatologia nel senso odierno. Fu l'Italia il primo paese nel quale fu decretata per legge l'obbligatorietà dell'insegnamento pubblico della psichiatria con Decreto di Re Carlo Alberto del 1838 che istituiva la cattedra di psichiatria presso il Manicomio di Torino. E fu pure l'Italia la prima nazione al mondo che emanò una legge sanzionante gli obblighi verso i mentecatti nel 1788 per mezzo del Granduca Leopoldo di Toscana.

(*Bollett. Med. Trentino*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

LITORA ALIENA.

Gli Istituti Clinici della Università di Debrecen (Ungheria).

Nella estate scorsa, da Budapest, cogli studenti ivi radunatisi per il loro Congresso internazionale, e per gentile invito di S. E. il Ministro dell'Istruzione Pubblica conte Kuno Klebelsberg e del Rettore prof. Eugenio Darkò, fui a Debrecen a visitare quella Università, che intitolata al nome del conte Stefano Tisza, già illustre allievo di quell'Ateneo, era stata da lui specialmente favorita nella sistemazione definitiva che è stata completata poi durante e dopo la guerra.

Ammirabile provvidenza quella di queste civili Nazioni vinte, che pur nella sconfitta e nel dissesto grave economico che ne è derivato, non hanno esitato a mantenere intatti e spesso ad aumentare e migliorare i loro Istituti di cultura superiore. Così la Germania, così l'Austria, così l'Ungheria, che pur hanno subito tante gravi mutilazioni di territorio e di ricchezza.

L'Università di Budapest ha mantenuto tutte le sue Facoltà e i suoi Istituti, nuove Università sono sorte a Pecs e a Szeged, quella di Debrecen è stata completata specialmente negli Istituti della Facoltà Medica e delle Scienze Biologiche, di cui alcuni sono ancora in costruzione, ma con progetti completi e in posizioni magnifiche.

Debrecen, che è un centro commerciale e agricolo di primo ordine, nella immensa pianura del fiume Tisza, nella « puzta » ben nota aveva già scritto una pagina gloriosa nella storia dell'indipendenza ungherese colla rivolta di Rakóczi.

Le fiere di Debrecen erano famose e frequentatissime, specie prima della costruzione della ferrovia, e gli scambi avvenivano specialmente coi prodotti locali, grano, vino, buoi cavalli.

Il dominio turco che durò un secolo e mezzo arrestò e impedì assai lo sviluppo della città, ma dopo quello la prosperità si accrebbe e specialmente nel periodo fra la guerra dell'indipendenza nazionale e l'ultima guerra europea la città crebbe d'importanza, e all'agricoltura e all'allevamento del bestiame, si aggiunsero industrie numerose, molini a vapore, fabbriche di macchine varie, agricole, tessili, di mobili di cuoio, e specialmente la fabbrica di vagoni ferroviarii per lo Stato che era una delle più importanti dell'Ungheria.

L'invasione e l'occupazione romena fu assai dannosa a tutta la regione, ma dal 1920, anno in cui venne evacuata la città, essa si è rapidamente risollevata.

Vi sono fiorenti anche per l'esportazione fabbriche di saponi e di salami, in cui eccellono anche nostri compatriotti, come la Ditta Vidoni, di cui il giovane è a capo del Fascio locale.

Il suo collegio, che venne fondato nel 1561, all'epoca in cui fu introdotta la riforma calvinista — la regione è sempre anche oggi quella in cui prevale in Ungheria l'elemento protestante — ha dato origine nel 1912 all'Università, che come ho già detto ha preso il nome del conte Stefano Tisza, che vi è stato allievo e che l'ha dotata e favorita.

La Facoltà di Medicina e Chirurgia che è stata completata durante la guerra e specialmente dopo la guerra, diventata Debrecen quasi città di confine, verso la Rumenia, è sopratutto importante e del tutto moderna perchè i suoi edifici sono costruiti nel parco della città, in mezzo a quercie secolari, che formano un bosco meraviglioso, e nella disposizione ad edifici separati, ma con servizi comuni e centrali, è un vero modello del genere.

Nel parco della città, come ho già detto, in un ambiente veramente suggestivo, tutto verde. con alti alberi e viali ben tenuti, sorgono gli edifici clinici.

Essi sono ben 32, di cui 8 albergano le principali cliniche, e precisamente: la Clinica delle malattie interne (medica), la Clinica Chirurgica, la Clinica Dermosifilopatica, la Clinica Pediatrica, la Clinica per le malattie nervose e mentali, la Clinica Ostetrico-ginecologica, la Clinica Oculistica, la Clinica Otorinolaringoiatrica. Gli altri edifici servono per le caldaie, di cui 4 a vapore (pressione atmosferica 12) sistema Steinmüller, che servono al riscaldamento di tutti gli edifici clinici, al riscaldamento dell'acqua e ad azionare le turbine a vapore che sono nel locale delle macchine, una della forza di 600 cavalli ed una di 1000, 1 generatore di potenza 470 Kw 1020 amp. 2230, 2 generatori di potenza 400 Kw 1740 amp. 230, e un trasformatore, che servono a provvedere la corrente elettrica per tutti gli edifici.

Aggiungo alcuni dati, relativi all'anno accademico 1928-29, che mi sembrano importanti, specialmente per il numero dei letti di ciascuna clinica e del personale insegnante e assistente, anche paragonandolo a quello delle nostre maggiori Università.

Il numero dei letti per ciascuna clinica è il seguente: 144 per la medica, 154 per la chirurgica, 88 per la dermosifilopatica, 130 per la pediatria, 115 per le malattie nervose e mentali, 212 (di cui 43 per lattanti) per l'ostetrico-ginecologica, 75 per l'oculistica, 14 per l'otorinolaringoiatrica, in totale 932.

L'attività clinica è anche assai notevole. Nel suddetto periodo 2514 malati furono accolti nella Clinica Medica e 7333 curati ambulato-

riamente; nella Clinica Chirurgica furono degenti 2844 malati e 5114 curati ambulatoriamente, e su questi furono eseguite 1910 grandi operazioni e 684 interventi ambulatori; 586 infermi furono curati nella Clinica dermosifilopatica e 1794 ambulatoriamente; 1213 nella Clinica pediatrica e 2102 nell'ambulatorio con 526 operazioni; 930 nella Clinica neuro-psichiatrica e 1600 curati nell'ambulatorio, (in 1900 furono praticate punture lombari e suboccipitali); 3510 accolti nella Clinica Ostetrica e 2988 trattati ambulatoriamente con 1245 operazioni; 928 degenti nella Clinica Oculistica e 5500 curati all'ambulatorio con 600 operazioni; 530 accolti nella Clinica Otorinolaringoiatrica e 3383 curati ambulatoriamente, con 492 operazioni nei degenti e 700 negli ambulatori.

È notevole pure il ruolo del personale insegnante e assistente. Nella Clinica Medica è mancante il titolare, ma vi è un professore aggiunto, 3 assistenti, che corrispondono ai nostri aiuti, 3 praticanti stipendiati, che equivalgono ai nostri assistenti, e 13 praticanti non stipendiati (i nostri volontari) in tutto 20, con 21 infermieri, e 3 Laboratori distinti, uno chimico, una batteriologico ed uno sierologico.

Nella Clinica Chirurgica oltre il professore titolare ed uno aggiunto, vi sono 3 assistenti, 6 praticanti stipendiati, 14 non stipendiati, in tutto 25 con 21 infermieri e 3 laboratori, chimico, batteriologico e sierologico.

Alla Clinica Dermosifilopatica sono addetti un professore titolare, 2 assistenti, 3 praticanti stipendiati e 7 non stipendiati, con 12 infermieri e ben 6 laboratori, chimico e sierologico, batteriologico e micologico, sperimento animali, istologico, fotografico e di moulages, ottico.

Nella Clinica Pediatrica oltre il professore titolare vi sono 2 assistenti, 3 praticanti stipendiati e 7 non stipendiati con 20 infermieri e 3 Laboratori, chimico e sierologico, chimico epidemiologico e preparatorio per gli studenti.

Nella Clinica Psichiatrica, 1 professore titolare, 2 assistenti, 2 praticanti stipendiati e 2 non stipendiati con 25 infermieri, e 7 Laboratori, sierologico, tre chimici, istologico e 2 di psicologia sperimentale.

Alla Clinica Ostetrico-ginecologica oltre il professore titolare vi è un professore aggiunto, 3 assistenti, 3 praticanti stipendiati e 9 non stipendiati, con 17 infermieri e 2 laboratori chimico e sierologico.

Nella Clinica Oculistica 1 professore titolare, 2 assistenti, 2 praticanti stipendiati e 2 non stipendiati con 6 infermieri con un laboratorio istologico e batteriologico.

Nella Clinica Otorinolaringoiatrica, aggregata alla Clinica Chirurgica, vi sono tre praticanti non stipendiati.

Non ho particolari precisi sulla sistemazione degli insegnamenti nelle altre Facoltà, ma ho voluto riferire questi brevi cenni sulla costruzione e sul funzionamento degli Istituti Clinici per dimostrare con quale larghezza di mezzi e con quale sicuro e preciso indirizzo scientifico-pratico siano essi dotati e disposti, pur nelle difficoltà economiche, in cui si dibatte ancora l'Ungheria, dimostrando così l'importanza, che la Nazione riconosce alla cultura universitaria e alle necessità dell'insegnamento e del progresso delle discipline medico-chirurgiche.

ROBERTO ALESSANDRI.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

In sede di bilancio.

La relazione sul bilancio dell'interno per il Senato è stata redatta dal sen. Greppi.

La relazione inizia col ricordo di Michele Bianchi. Nell'ultima discussione del bilancio, questi rispondeva specialmente ai sen. Maragliano e Marchiafava, che trattarono della *salute della stirpe* quale condizione pregiudiziale e necessaria per ogni incremento di benessere e di potenza della società nazionale. Alla chiusa del suo discorso, il Bianchi evocava un aneddoto agreste: una bambina dei campi, interrogata perchè da tutti si volesse bene a Mussolini, rispose: « Perchè Mussolini fa le strade, ci dà l'acqua e guarisce la malaria ». Il discorso del Bianchi continuò, brevemente appassionato; ma già queste ingenue parole bastano a dimostrare quanto sia complessa e quasi illimitata l'opera di un ministro dell'interno, nel campo sanitario.

Ricordate le benemerenze dei precedenti Governi, il Greppi aggiunge che la buona volontà dei tempi passati non era giunta fino alla eletta concezione di una grande difesa della maternità e dell'infanzia e non sarebbe bastata ad ispirare la voce della fanciulla evocata dal Bianchi.

L'A. si riferisce poi a quanto fu detto e scritto assai bene nella Camera dei Deputati, limitandosi al semplice ufficio di commentare qualche cifra del bilancio. In particolare egli ha trovato qualche difficoltà nell'esaminare l'erogazione dei fondi dell'O. N. M. I.

* * *

Nella discussione il sen. E. Maragliano illustra ampiamente l'opera del Regime per la salute della razza. Egli segnala e loda la circolare emanata a firma del Capo del Governo, con la quale si indìce la vaccinazione preventiva della difterite, anche perchè documenta un indirizzo giusto che il Governo si mostra deciso di seguire per la difesa dalle malattie infettive. Fu il Regime fascista che, rompendo tutti gli indugi, or sono tre anni ordinò la vaccinazione antitifica, che era conquistata alla scienza da più che venti anni e che risparmiò migliaia di vite negli eserciti belligeranti.

L'attenzione del Governo si è in questi ultimi mesi portata sopra un'altra importante vaccinazione preventiva: quella contro le malattie tubercolari.

La vaccinazione preventiva, dice l'oratore, è il mezzo di lotta più pratico perchè per essa si può senza dispendio esercitare la difesa delle masse umane e quando sarà generalmente attuata, non ci saranno le enormi spese che richiede la lotta sociale odierna e le finanze dello Stato, della Cassa delle Assicurazioni e dell'Opera Infanzia e Maternità ne saranno alleviate.

L'oratore esamina l'opera che la Cassa di Assicurazioni va svolgendo per la lotta, analizza e segnala le disposizioni del Governo per l'ospitalizzazione dei tubercolosi e raccomanda l'adozione delle misure opportune a depistare le malattie tubercolari nel periodo di latenza segnalando quello che si fa già all'estero. Eccita il Governo ad accordare maggiori mezzi per la lotta antitubercolare.

L'oratore ricorda l'opera svolta dallo Stato in tutti i servizi sanitari, ma osserva che se ha un brillante stato maggiore al centro, manca di una milizia sanitaria organizzata alla periferia, milizia che può essere rappresentata dai medici condotti, di cui raccomanda le sorti.

Chiude dicendo che se si dà uno sguardo comprensivo sopra ciò che il Regime fascista ha fatto in questi pochi anni per la difesa della stirpe, si può dire che nessuna Nazione in così breve spazio di tempo ha realizzato tanto quanto si è realizzato fra noi.

* * *

L'on. Guaccero espone delle considerazioni in merito alle organizzazioni di Stato, intese al miglioramento della salute pubblica e della razza, cominciando dall'Opera Maternità e Infanzia, Opera di concetto altissimo e di portata incommensurabile nelle finalità che si propone, e che, vieppiù perfezionandosi, assurgerà ad orgoglio del Regime, specialmente se sarà collegata — integrandola nelle sue applicazioni pratiche — coll'Opera « Balilla » che istituisce già l'auspicato « Medico scolastico » e la « Cartella biometrica personale », e colle altre associazioni giovanili ginnastiche e sportive, ecc.

L'oratore afferma però che meglio sarebbe se, anzichè « correggere » si potesse invece « prevenire », impedire cioè sin dalle origini l'evoluzione dei germi e delle carenze che stabilizzano i fattori malformativi. L'oratore illustra largamente questo concetto e conclude augurando che l'Opera Maternità e Infanzia abbia a progredire sempre più nei nuovi compiti assistenziali che si affacciano impellenti all'orizzonte, e che si proponesse come compito capitale da risolvere quello dello studio della organizzazione legislativa, scientifica e pratica per la tutela dell'embrione e del feto. Raccomando la denunzia obbligatoria della gravidanza e la separazione dei tubercolotici negli ospedali comuni.

Passando all'assistenza obbligatoria degli storpi, ossia dei lesionati negli organi ed apparati che provvedono all'atteggiamento ed al movimento, l'oratore dice che lo « stato » di questi malati va studiato in modo del tutto speciale, tenendo nel dovuto conto anche le perturbazioni concomitanti dell'anima. Dice che data l'attuale popolazione dell'Italia, la Nazione sarebbe gravata da circa 60 mila storpi, di cui 30 mila potrebbero essere del tutto redenti dalla vita parassitaria e 20 mila soltanto parzialmente.

Proseguendo l'oratore afferma che la selezione della razza ed il suo miglioramento, l'aumento della popolazione, il trattamento delle così dette malattie sociali, l'igiene scolastica e l'assistenza stessa alla Maternità ed alla Infanzia, sono problemi collegati ai concetti fondamentali di ordine biologico-sociale e non possono essere risolti senza il più profondo tecnicismo, senza quella organizzazione sanitaria, mercè la quale il medico esercita la prevenzione del male e si sforza di rendere alla Società gli individui che, per eredità, per malattie ed influenze di ambiente, ne erano stati sottratti.

Tra le specialità mediche quella che si è maggiormente orientata verso questo indirizzo sociale e che deve di conseguenza essere tenuta in maggiore considerazione nei posti di competenza è l'Ortopedia.

Per la cura dei deformi sono necessari gli Istituti ortopedici completi. Occorrerebbero non meno di 60 letti per ogni milione di abitanti, raggruppati in Istituti regionali, nei quali fosse possibile, oltre la cura chirurgica operativa ed ortopedica propriamente detta, esercitare anche, con adatti ambulatori e scuole, la prevenzione delle deformità e l'avviamento professionale.

Concludendo l'oratore afferma di essere convinto che il Regime, il quale ha saputo « circuire » — per ripetere la simpatica espressione dell'on. Castellino — « tutta la giornata del cittadino italiano del conforto della sua azione tutoria, pronta e realizzatrice », e che, mercè l'Opera Nazionale per la Maternità ed Infanzia, ha dato all'operaio la tranquillità della salute dei figli; il Regime che trova la ragione stessa del suo essere nella potenza della stirpe, conscio perfettamente che il valore della Nazione è rappresentato dalla somma dei fattori fisici, intellettuali e morali degli individui che la compongono, terrà — ne è sicuro — nel giusto conto quanto da tempo egli va segnalando, provvedendo alla invocata legislazione per la « tutela dell'embrione e del feto » in difesa della razza e per l'« assistenza obbligatoria agli storpi ».

* * *

Il sen. De Capitani, ricordato che da noi le opere pie hanno raggruppato un capitale superiore ai cinque miliardi, nota che lo spirito del testatore benefico predilige con delicata prontezza quelle opere per le quali ritiene doverosa una integrazione per raggiungere idealità che forse allo Stato, alla Provincia e al Comune, pur con la maggiore buona volontà, non sarebbe dato di effettuare. L'oratore avverte che nel sessennio 1922-1927 le donazioni e lasciti a favore delle isti-

tuzioni di pubblica beneficenza in Italia sommarono a L. 535.000.000, di cui una parte notevole riguarda gli istituti ospedalieri.

Se si prendono in esame i dati degli anni 1926 e 1927 si rileva come, mentre agli ospedali e ad altri Enti autonomi di ricovero e di cura siano pervenute donazioni per circa 100 milioni, ai Brefotrofi, ai Manicomi, agli Ospizi di maternità dipendenti tutti dall'amministrazione provinciale, i lasciti non oltrepassarono la modesta somma di mezzo milione.

Detto della necessità del coordinamento dell'assistenza ospitaliera, della beneficenza e dell'indistruttibilità delle opere pie, espone la questione ospitaliera lombarda, che durava da decenni e pareva insolubile, e illustra la soluzione datavi col concorso della Cassa di Risparmio che elargì oltre 34 milioni, cosicchè oltre al grande ospedale di Milano la Lombardia possiede oggi grandi e piccoli ospedali che sono veri gioielli, non solo tecnicamente parlando, ma anche dal lato artistico.

Parla quindi sul concetto della obbligatorietà della previdenza in caso di malattia che in altri paesi trovò sanzione completa.

E così conclude:

« Se è vero, come è vero, che la giovane Nazione Fascista vuol perseguire le più pure idealità sociali, questa dell'assistenza e della beneficenza stia sempre nel vigoroso intelletto e nel cuore grandissimo del Duce, come fiamma che non lo divora, ma lo rende sempre e ancor più luminoso agli occhi del popolo ».

* * *

L'on. Arpinati, Sottosegretario agli interni, rispondendo ai vari oratori dice, tra l'altro:

« Con quella competenza e quell'amore della pubblica cosa, che gli sono particolari, il sen. De Capitani ha richiamato l'attenzione del Governo sui problemi dell'assistenza e della beneficenza.

Sono lieto di confermare al Senato ciò che ho detto nell'altro ramo del Parlamento circa la volontà del Governo che, sia nell'andamento delle Pie Istituzioni, sia in un futuro riordinamento della materia, si tenga sempre il massimo conto della volontà di coloro che lasciarono alla pubblica beneficenza. Pertanto, le direttive del Governo si uniformano costantemente a questo criterio, che è sopratutto morale, perchè rispetta scrupolosamente la volontà dei testatori e nello stesso tempo impedisce che possano inaridirsi le sorgenti della beneficenza privata.

L'on. Greppi ha scritto aver trovato qualche difficoltà nell'esaminare l'erogazione dei fondi dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia, perchè l'Opera, essendo un Ente parastatale, non allega il proprio bilancio a quello del Ministero.

In realtà, il controllo sulla gestione dell'opera è regolarmente esercitato dal Ministero dell'Interno, che ne rivede i bilanci e i conti. Dall'ultimo conto reso, che è quello del 1928, risulta che l'Opera Nazionale ha erogato una spesa complessiva di oltre ottantacinque milioni, di cui:

per la Maternità (ricoveri, sussidi, refettori materni, ambulatori e sovvenzioni) L. 20 milioni;

per l'Infanzia (ricoveri, sussidi, profilassi antitubercolare, assistenza agli illegittimi) L. 52 milioni;

con queste somme furono assistite nel 1928 250.000 persone fra madri e figli. Nel 1929, gli assistiti sono stati oltre 800.000 con la medesima spesa.

Le spese generali effettive d'amministrazione dell'Opera sono calcolate al 3,30 per cento. Di ciò va data lode al camerata Blanc, che con vivo entusiasmo e fervida fede dirige l'Opera.

Il sen. Maragliano ha voluto far cenno della iniziativa presa di recente dall'Associazione nazionale dei medici condotti, per una larga esperimentazione della vaccinazione antitubercolare col vaccino che da lui prende il nome. Mi è gradito poterlo assicurare che il Ministero appoggia ed asseconda tale iniziativa e ne favorirà l'estensione su scala sempre più vasta. Il Governo si è vivamente compiaciuto della necessità di una specifica competenza del personale sanitario nella lotta antitubercolare, ed è per questo che sono state date disposizioni ai Prefetti perchè i Consorzi provinciali antitubercolari curino la formazione di un personale tecnico adeguato alle necessità profilattiche e assistenziali. Va ricordato che numerose borse di studio sono state conferite a giovani desiderosi di perfezionarsi in materia di tubercolosi, frequentando corsi speciali in Italia e all'estero. Ed è sempre mirando a questa necessità che il Ministero incoraggia in tutti i modi l'iniziativa della Cassa delle Assicurazioni sociali e della Confederazione dell'industria, cui si deve la fondazione dell'Istituto « B. Mussolini ».

Ho ascoltato con viva soddisfazione il meritato elogio che il sen. Maragliano ha fatto del medico condotto. Sono d'accordo con lui nel ritenere che lo si debba chiamare ad una più larga collaborazione nella complessa azione della medicina preventiva.

Non sembra però possibile, almeno per ora, estendere ai medici condotti lo stato giuridico adottato per i segretari comunali. Assicuro, in ogni modo, il sen. Maragliano, che la sua proposta sarà presa in attento esame. E poichè siamo in argomento, ritengo opportuno ricordare che al fine di valorizzare l'opera del medico condotto, di premiare il merito e di assicurare alle popolazioni il migliore, per ordine del Duce, il 20 gennaio u. s. ho emanato categoriche disposizioni ai Prefetti perchè nei concorsi sia osservato il più rigoroso rispetto della graduatoria.

Il sen. Guaccero, preoccupato della sanità della razza e convinto della utilità di curare l'essere umano prima ancora che esso venga alla luce, propone delle disposizioni legislative, che stabiliscano l'obbligatorietà della denunzia della gravidan-

za: ammiro questa sua sollecitudine rivolta alla tutela delle nuove generazioni, ma non credo nell'efficacia del provvedimento che egli propone.

Tale obbligatorietà dovrebbe comportare logicamente una sanzione per le eventuali trasgressioni Se la sanzione sarà mite, sarà inefficace; se sarà severa, potrà essere causa di reati e di colpe ben peggiori. Convengo, invece, con lui, nell'opportunità di dare un più largo sviluppo all'assistenza della donna durante il periodo della gravidanza, in tutti i casi in cui tale assistenza venga richiesta.

Anche per quanto riguarda una più completa separazione, negli ospedali comuni, dei tubercolosi dagli altri ammalati, posso assicurarlo che pensiero costante del Governo e degli Enti interessati è quello di addivenire alla più completa realizzazione di una così elementare norma profilattica ».

Per l'applicazione delle cure fisiche.

In sede d'interrogazione il sottosegretario all'Interno on. Arpinati, ha dichiarato all'onorevole Paolucci che l'esercizio dei gabinetti, istituti ed ambulatori dove sono applicate cure fisiche è attualmente disciplinato dalla legge 16 luglio 1916. Però, dato lo sviluppo preso dalle cure fisiche, tale disciplina è insufficiente e d'altro canto non sono mancate segnalazioni di inconvenienti dovuti all'impiego di radiazioni da parte di personale non provvisto della necessaria capacità tecnica. Pertanto il Ministero dell'Interno ha preso l'iniziativa di rivedere le disposizioni attualmente vigenti in materia, ed è stata nominata una speciale Commissione che ha già concretato le sue proposte.

Con esse da un lato si determinano le condizioni oggettive necessarie per l'autorizzazione ad esercitare gabinetti, istituti od ambulatori di cure fisiche ed affini; si rende obbligatoria la denunzia del possesso di apparecchi radiologici destinati anche a scopo diverso da quello terapeutico; si dettano le norme riguardanti le precauzioni da adottarsi nei riguardi della incolumità degli ammalati e del personale di assistenza, quelle per la detenzione e l'affitto dei preparati radioattivi e quelle infine, necessarie per garantire l'idoneità dei preparati anti X. Dall'altro lato, si prescrive, in chi aspira ad applicare cure fisiche, il possesso di speciali titoli per singoli reparti di cure.

Le nuove norme saranno, quanto prima, sottoposte al parere del Consiglio superiore di Sanità e avranno, quindi, l'ulteriore corso.

L'on. Paolucci si è dichiarato pienamente soddisfatto.

Esami di abilitazione all'esercizio delle professioni sanitarie ausiliarie.

Il Ministero dell'Interno ha prorogato al 31 maggio p. v. il termine per la ammissione agli esami di abilitazione all'esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie (odontotecnici, ottici, meccanici-ortopedici-ernisti ed infermieri, comprese le specialità del massaggiatore e del capo bagnino idroterapico).

Le domande di ammissione agli esami dovranno essere, quindi, presentate, non oltre tale data, corredate dai documenti prescritti dal D. M. 2 gennaio u. s., pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » dell'11 detto mese, alle Prefetture, sedi di esame.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Medico Fascista.

Si è riunito il Direttorio del Sindacato.

Il segretario on. prof. Ermanno Fioretti, dopo aver fatta la relazione di tutto il lavoro compiuto finora, propone la soppressione del contributo facoltativo dei medici iscritti al Sindacato i quali pertanto non dovranno corrispondere che la quota di L. 10 per la tessera, proposta che viene approvata ad unanimità.

Il segretario espone quindi le linee generali di un progetto per la creazione di un istituto di assistenza e previdenza per i medici liberi professionisti.

Per la nomina degli ufficiali medici dei reparti di avanguardia.

Il comando generale della Milizia ha disposto che, in adesione al desiderio espresso dal Sottosegretario di Stato per l'Educazione Fisica e Giovanile, tutti i comandi della Milizia sono autorizzati a trasmettere per via gerarchica al Comando le proposte di nomina ad ufficiale medico per i reparti di Avanguardia e Balilla. L'organico stabilito, d'intesa con la Presidenza centrale dell'opera, è il seguente:

Presso ciascun comitato: un seniore medico dirigente provinciale sanitario del Comitato dell'Opera Nazionale Balilla; 2 centurioni medci ispettori sanitari. Presso ciascuna legione: 1 centurione medico direttore del servizio sanitario di legione. Presso ciascuna coorte: 1 capo-manipolo medico.

Per il conferimento del grado a coloro che non lo avessero rivestito nel R. Esercito, nell'arma o nella Croce Rossa Italiana, le proposte potranno uniformarsi al disposto applicato nel periodo bellico dalle autorità militari.

I sanitari assegnati all'Opera nazionale Balilla cessando di appartenervi perdono la qualifica di ufficiale medico per annullamento della loro nomina. Tali assegnazioni sono devolute alla Presidenza centrale dell'Opera. Nei piccoli centri, dove non esistono sanitari delle Avanguardie e dei Balilla, è data facoltà ai capi locali dell'Opera nazionale Balilla di avvalersi degli ufficiali medici fuori quadro. Ad essi è fatto quindi l'obbligo di assistere e curare gratuitamente gli appartenenti alle associazioni giovanili, di compilarne le dichiarazioni mediche, di prestarsi ai servizi igienici e profilattici e alle opere assistenziali.

Ordine dei Medici della provincia di Vercelli.

Il Consiglio Amministrativo, nominato con decreto di S. E. il Ministro dell'Interno in data 1° gennaio 1930 - A. VIII ed insediatosi il 7 febbraio u. s. per l'elezione delle cariche, a norma dell'art. 2 del R. D. 14 novembre 1929, N. 2027, risulta così composto: Cionini prof. dott. Ernesto, presidente; Armani prof. dott. Lodovico, segretario; Salamano dott. Giovanni, tesoriere; Lora dott. Enrico, Vaccino dott. Nicola, Prestinari dott. Carlo, Caneparo dott. Bruno, consiglieri. I dottori Salamano, Prestinari e Caneparo vennero nominati su designazione Sindacale.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACRI (*Cosenza*). — Scad. 8 apr.; L. 6000; eventualm. indenn. cavalc.; età lim. 45 a.

BERGAMO. *Istituti Ospitalieri.* — Primario ostetrico dell'Ospedale Maggiore e Direttore dell'Istituto Provinciale di Assistenza materna ed infantile (Maternità e Brefotrofio). Scadenza ore 17 del 10 apr. (V. N. 12).

BRA (*Cuneo*). *Ospedale di S. Spirito.* — Medico assistente interno; L. 7200, vitto, alloggio, ecc.; almeno due anni di frequenza in Cliniche Universitarie o Sezioni di grandi Ospedali come allievo int. o assistente vol. e pratica di ricerche cliniche di laboratorio e di radiologia; laurea da 1 a 4 anni. Nom. e conferma triennali. Scad. ore 18 del 5 apr.; tassa L. 50.

BRIENZA (*Potenza*). — Scad. 30 apr.; L. 6000 resid., L. 1000 pei pov., L. 500 uff. san.; 6 quadrienni del dodicesimo; età lim. 40 a.; tassa lire 50,15.

CAIANELLO (*Napoli*). — Per titoli. Stipendio annuo iniziale L. 9500 soggetto alle solite ritenute di R. M. e Cassa Prev. Scadenza ore 14 del 20 aprile. (V. N. 12).

CATANZARO. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo. Scad. ore 12 del 20 apr. (V. N. 12).

CETO-CERVENO (*Brescia*). — Scad. 5 apr.; lire 12.000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 1000 trasp., L. 600 uff. san.; c.-v.; tassa L. 50,15.

FERRARA. — Scad. 12 mag.; medico scolastico; L. 12.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 indennità ufficio, L. 2000 assegno complement., c.-v. ecc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50; divieto condizionato eserc. profess. Chiedere avviso.

FIRENZE. *Spedale S. Giovanni di Dio.* — Assistente chirurgo; L. 5000 oltre L. 1200 indenn. guardia, c.-v., partecipaz. onorari operazioni; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dalla chiusura; esame teor.-pratico; scad. ore 16 del 30 apr.

FOLIGNO (*Perugia*). — Quattro condotte; scad. ore 18 del 15 aprile. (V. N. 12).

MACERATAFELTRIA (*Pesaro-Urbino*). — A tutto 15 apr.; 1ª cond.; L. 8000 per 500 pov., addizionali L. 2 e L. 3; cinque sessenni dec.; L. 3000 cav.; L. 500 uff. san.; L. 4000 dalla Congregaz. di Carità per direz. Ospedale Camilla Bella; età lim. 28-40 a.; tassa L. 50,10.

MATERA. *R. Prefettura.* — Uffic. sanit. e capo dell'Ufficio d'Igiene del Capoluogo. Scad. ore 12 del 1° maggio. (V. N. 12).

MORNICO AL SERIO (*Bergamo*). — Per titoli. Abitanti circa 2000. Inscritti nell'elenco poveri circa 300. Indennità di residenza annue L. 8000 lorde. Addizionale di L. 2 ogni avente diritto all'assistenza medica e somministrazione gratuita medicinali. Addizionale di L. 5 per ogni avente diritto alla sola assistenza medico-chirurgica. L. 500 quale Ufficiale Sanitario. L. 300 quali spese di ambulatorio. L. 120 per iscrizione alla Cassa Infortuni. Caro viveri. L'indennità di residenza e di Uff. Sanitario saranno aument. di un decimo per ogni quinquennio e per 5 quinquenni. Scadenza 15 maggio. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

PALAZZAGO (*Bergamo*). — Scad. 5 aprile; lire 8000, oltre L. 1000 trasporto, L. 565 uff. san., L. 2 per ogni povero e 5 per semipovero.

PRATO (*Firenze*). *Spedale della Misericordia.* — Chirurgo primario; L. 12.000, otto trienni dec., c. v.; scad. ore 18 del 15 giugno; laurea da 5 anni; età lim. 45 a.; lib. doc. in clin. o patologia chirurg.; tassa L. 50. Chied. annunzio. Rivolgersi alla Presidenza.

PROVAGLIO VAL SABBIA (*Brescia*). — Scad. 20 apr.; L. 12.000 e 6 quinquenni dec., oltre c.-v. e L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SCAFATI (*Salerno*). — Scad. 5 apr.; L. 6000 e 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

TRIESTE. — Per titoli ed esami. Due posti di assistente nella Sezione Chimica del Laboratorio comunale di igiene e profilassi. Stipendio per ciascun posto L. 9000 suscettibile di quattro aumenti quadrienn.; i primi due di annue L. 1500 e i due successivi di annue L. 1400. Supplemento per servizio attivo (non computabile nella pensione) L. 2700, con un aumento di L. 300 dopo 16 anni di servizio. Caro viveri agli ammogliati o aventi figli sino alla età di 18 anni. Gli emolumenti si intendono al lordo dell'imposta di R. Mob., complementare, contrib. pensione e altre ritenute. Scadenza ore 12 del 20 maggio, alla Segreteria generale del Comune. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria predetta oppure all'Ufficio d'Igiene di Trieste.

VARESE. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi. Stipendio annuo lordo L. 18.000 con 5 aumenti decimali di carriera. Indennità di servizio attivo L. 2000. Aggiunta di famiglia come al personale dipend. dallo Stato. Percentuale 20 %, proventi analisi. Scadenza ore 18 del 25 aprile. Per altre informazioni rivolgersi alla Segreteria della Provincia.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore di Sant'Andrea.* — Andato deserto il concorso a medico chirurgo primario per la Sezione Oftalmica (V. fasc. 46 del 1929), viene riaperto, avvertendo che i concorrenti dovranno dichiarare l'accettazione incondizionata delle norme contenute nel bando, visibile presso la Segreteria del Pio Luogo; stip. L. 4532 e 6 trienni ventesimo, oltre L. 1600 ambulat.; partecipaz. Scad. ore 18 del 15 aprile.

VETRALLA (*Viterbo*). — 1ª condotta urbana; scad. 30 giorni dal 20 mar.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi; L. 8500, oltre L. 2000 per l'Ospedale Consorziale, L. 1080 c.-v., L. 800 se uff. san. Chiedere annunzio.

Concorsi a premi.

Società Italiana di Medicina Sociale.

Come abbiamo annunziato, ha bandito, con L. 10.000 di premii della « Rivista di Terapia Moderna», due concorsi fra medici italiani sui temi: 1) Le ragioni d'indole medica e sociale che stanno per la ruralizzazione contro l'urbanesimo; 2) La medicina preventiva e la selezione professionale dell'operaio in rapporto alle assicurazioni sociali.

Il termine del concorso, che era stato fissato per il 31 marzo 1930, è stato prorogato al 30 giugno 1930.

Pure essendo pervenuto buon numero di lavori, si è creduto opportuno accogliere la domanda di proroga da parte di medici, specie residenti all'estero, che non avrebbero potuto completare i lavori nel termine prestabilito; comunque, resta assolutamente definitivo il nuovo termine concesso.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla « Società Italiana di Medicina Sociale », via Dogana, n. 2, Milano; oppure alla « Rivista di Terapia Moderna », via Vallazze, n. 39, Milano.

Borse di studio.

Fondazione Giovanni Rizzi.

Presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università degli Studi di Milano, è messa a concorso una borsa triennale, con scadenza 1° ottobre 1932, da conferirsi ad un laureato in medicina e chirurgia che si rechi all'estero per perfezionarsi negli studi di Chimica Biologica e Terapia sperimentale.

Possono partecipare al concorso laureati in medicina e chirurgia che siano Italiani di nascita o regnicoli e che non abbiano oltrepassato i trenta anni di età. Debbono inoltre aver trascorso due anni come assistenti o come allievi interni nell'Istituto di Biochimica Giovanni Rizzi della Regia Università di Milano. A parità di titoli scientifici saranno preferiti coloro che abbiano anche la laurea in Chimica.

Il vincitore godrà di un premio di L. 6000 annue pagabili in due rate anticipate.

Le domande dei concorrenti, scritte su carta bollata da due lire, dovranno pervenire alla Segreteria dell'Università (Corso Roma, 10) non oltre il 5 giugno 1932, corredate dal certificato di laurea, coi punti di merito riportati nella carriera scolastica, e degli altri consueti documenti.

Qualora il concorso andasse deserto o nessuno dei concorrenti fosse dichiarato degno di ottenerlo, il concorso verrà nuovamente bandito nell'anno successivo.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Commissione ministeriale, giudicatrice del concorso a medico direttore dell'Ufficio d'igiene e sanità del Governatorato di Roma, presieduto dal consigliere di Stato comm. Ragnisco e composta dai proff. Vittorio Ascoli, clinico medico di Roma, Gaetano Basile, vice direttore generale della Sanità pubblica, Dante De Blasi, accademico d'Italia, Alfonso Di Vestea, stabile d'igiene a Pisa, ha designato, su dieci candidati ammessi al concorso, al primo posto il prof. Giuseppe Pecori.

Il Governatore di Roma ha proceduto alla nomina, nella persona del prof. Pecori.

Il prof. Pecori, libero docente in igiene e in dermatologia, appartiene da molti anni all'Ufficio d'igiene di Roma e, come vice-direttore, ne reggeva già interinalmente da parecchio tempo la Direzione, dando molte prove della sua attività, del suo valore e della sua competenza.

Il premio Riberi di L. 20.000 è stato conferito al prof. Filippo Bottazzi, della R. Università di Napoli, accademico d'Italia.

Il prof. Francesco Schiassi è stato incaricato della direzione della Clinica medica della R. Università di Cagliari.

Il dott. J. T. Lewis è nominato professore di fisiologia all'Università di Rosario (Argentina), quale successore del prof. G. Viale, tornato in Italia.

Il prof. P. Broemser di Basilea è stato chiamato, come ordinario di fisiologia, ad Heidelberg.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino.

Commemorazione del prof. Giuseppe Gradenigo.

Nell'aula della Clinica chirurgica della nostra Università è stato inaugurato, il 16 marzo 1930, un busto al professore Giuseppe Gradenigo che istituì la cattedra di otorinolaringologia presso la Facoltà, tenendone per oltre 20 anni l'insegnamento con grande fama, prima di essere trasferito a Napoli.

L'aula era gremita, erano presenti molti professori universitari di Torino e di altre Università, numerose personalità cittadine, e la moglie contessa Cesira Gradenigo.

Parlarono il prof. Pinaroli che, col prof. Malan, presiedeva il comitato promotore delle onoranze, il prof. Maggiora, Preside della Facoltà, il prof. Dinola in rappresentanza dell'Aviazione Militare, il prof. De Carli succeduto al prof. Gradenigo a Napoli, il prof. Malan succeduto al prof. Gradenigo a Torino e da ultimo il prof. Calamida oratore ufficiale, come presidente della Società italiana di otorinolaringoiatria. Dai discorsi dei vari oratori emerse la grande figura di scienziato geniale e di cittadino esemplare del compianto illustre Estinto. Cipriani.

Da Bari.

Lo sviluppo cerebrale in rapporto alla educazione fisica.

Il 13 febbraio nell'Aula Magna della R. Università Adriatica, presenti tutte le autorità cittadine politiche e militari, il prof. Gallerani ha tenuto la prima conferenza, in tema di medicina, del ciclo organizzato dal Rettore Magnifico prof. Mariani.

L'O. premette che l'uomo, unità vivente, non è solo materia, ma spirito operante a mezzo del corpo, per modo che non è possibile scindere la educazione dello spirito da quella del corpo, mezzo indispensabile alla estrinsecazione delle più umili e delle più elevate attività dello spirito.

Dimostra quindi come il cervello sia legato per la sua funzione alla propria circolazione, alla pro-

pria respirazione, al proprio chimismo, alla propria nutrizione che però sono dipendenti dalla circolazione, dalla respirazione, dal chimismo e dalla nutrizione degli altri organi, oltre che dall'ambiente esterno. In altre parole è dimostrata la veridicità del motto ippocratico « consensus unus consentientia omnia ».

Che il cervello tragga enorme giovamento dall'incremento della educazione fisica non è difficile comprenderlo quando si pensi alla attivazione che ne deriva a vantaggio degli organi ematopoietici, che fanno quindi affluire una massa sanguigna più vivida e rigogliosa proprio al cervello che per la sua fine architettura e per la complessità delle funzioni alle quali presiede verrebbe per primo, e relativamente a tutti gli altri organi, con peggiori conseguenze, a risentirne. Lo stesso dicasi nei riguardi del metabolismo nelle sue fasi anabolica e catabolica. Comunque, sia che ne venga vivificata la attività cardiaca, sia che venga aumentata la capacità vitale respiratoria, e la quantità di ossigeno fissato, è un fatto che si deve riconoscere al lavoro muscolare disciplinato da norme igieniche razionali la possibilità di generare tutta una serie di eccitazioni sensitive attivanti la funzione dei centri cerebrali cortico-motori.

La sana e metodica educazione fisica è ottimo mezzo per mantenere la perfetta funzione, la collaborazione e correlazione funzionale tra le varie ghiandole a secrezione interna, specie la tiroide, l'ipofisi e le ghiandole sessuali che tanta influenza hanno sul cervello e sulla psiche.

Nella seconda parte della conferenza l'O. trattò della azione spiegata direttamente dalla educazione fisica sul cervello e sulla psiche. Fra le formazioni psichiche esercitate dallo sport illustrò le rappresentazioni di spazio e quelle di tempo. Egli si indugiò quindi, con interessanti particolari, sulla influenza che spiega la educazione fisica sulla volontà, e come essa prepari l'uomo d'azione e affini l'atto ed i processi di scelta, oltre che indurre la precisione e la giusta misura dei movimenti coordinati.

I rapporti tra educazione fisica e carattere non abbisognano di dimostrazioni.

La coscienza della propria forza, la rapida percezione della situazione, del valore dell'avversario, della capacità dei mezzi, delle intenzioni, ecc. sono tutti fenomeni psichici esercitati e acuiti dall'esercizio fisico. L'attenzione, condizione indispensabile al compimento di ogni atto associativo cerebrale, raggiunge la sua perfezione con gli esercizi ginnici metodici, i giuochi, la scherma, ecc.; tanto più essa è affinata, e tanto più si abbrevia il tempo di reazione dei fenomeni psicologici, discriminativi e di scelta.

Aveva ben ragione Platone se riteneva che gli esercizi fisici avessero per fine l'incremento del vigore dell'anima, e ben si apponeva Giovenale quando sosteneva che una mente sana non può albergare che in membra altrettanto sane. Trasportiamo ai tempi nostri tali massime e potenziamole: la patria attende anche dalla redenzione fisica del suo popolo la rinnovazione e la perpetuazione dei suoi fasti immortali.

G. REVOLTELLA.

NOTIZIE DIVERSE.

7ª Conferenza dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi.

Ricordiamo che questa Conferenza si svolgerà presso l'Università di Oslo dal 13 al 15 del prossimo agosto, sotto l'alto patronato delle LL. MM. il Re e la Regina di Norvegia, e riportiamo lo schema generale dei temi che saranno svolti:

Tema biologico: « La vaccinazione contro la tubercolosi » (relatore ufficiale A. Calmette di Parigi);

Tema clinico: « La toracoplastica nella cura della tubercolosi polmonare » (relatore ufficiale: prof. Bull di Oslo);

Tema sociale: « L'insegnamento della tubercolosi agli studenti in medicina ed ai medici » (relatore ufficiale: prof. His di Berlino).

Fra gli oratori designati sono inscritti per l'Italia, in sede di relazione: sul 1° tema il sen. prof. E. Maragliano; sul 2° il prof. N. Leotta; sul 3° l'on. prof. E. Morelli; in sede di comunicazioni: sul 1° tema i proff. Ilvento, Bocchetti e Costantini; sul 2° i proff. Paolucci, Morelli, G. Malan, Redaelli e Carpi; sul 3° i proff. Ronzoni, Fagiuoli, A. Ferrannini e Fici.

Per informazioni rivolgersi al prof. Federigo Bocchetti, direttore del Sanatorio Militare di Anzio (Roma).

Società internazionale di chirurgia ortopedica.

Il Comitato direttivo della Società si è radunato a Londra il 21 febbraio u. s. presenti il presidente Sir Robert Jones, il vice-presidente Putti, il segretario generale Delchef, il tesoriere Maffei, il dott. Fairbank.

È stato deciso che il primo Congresso della Società sarà tenuto a Parigi dal 2 al 4 ottobre prossimo. Temi di discussione: 1) « Il trattamento della lussazione congenita dell'anca dopo il 15° anno di età »; 2) « Il trattamento dei traumatismi del polso ». Il primo argomento è stato affidato all'America, Germania, Inghilterra, Italia. Il secondo alla Francia, Olanda, Svezia.

Su proposta dei membri del Comitato francese e tedesco il Comitato ha deciso di proporre alla prossima Assemblea generale un aumento del numero dei membri per ogni singola nazione.

Congressi medici internazionali.

Ricordiamo che sono prossimi i seguenti Congressi: 6-10 maggio, Washington, d'igiene mentale; 19-21 maggio, Algeri, di malariologia; 8-9 giugno, Liegi, antialcoolico; 20-25 giugno, Parigi, dell'Associaz. internaz. di microbiologia; 3-9 agosto, Londra, di sessuologia; 5-9 agosto, Copenaghen, di dermatologia e sifilografia; 17-20 agosto, Stoccolma, di pediatria; 14-18 settembre, Liegi, di fisioterapia; 18-21 settembre, Liegi, della Lega internaz. contro il reumatismo; 22-27 settembre, Roma, di storia della medicina; 2-4 ottobre, Parigi, della Società internaz. di ortopedia; 6-8 ottobre, Budapest, della Società per le malattie digerenti e del ricambio. Il 17 maggio s'inaugura a Dresda l'esposizione internazionale d'igiene.

21° Congresso francese di medicina.

Ricordiamo che si terrà a Liegi a partire dal 23 settembre, sotto il patronato dei Sovrani del Belgio e sotto la presidenza del prof. Lucien de Beco. Saranno in discussione tre temi: « Ipertiroidie », « Metabolismo del calcio », « Indicazioni terapeutiche dell'insulina, escluso il diabete ».

Possono far parte del Congresso, quali titolari di diritto, i membri dell'Associazione dei medici di lingua francese e, sotto riserva d'accettazione da parte dell'Ufficio del Congresso, tutti i medici e studiosi che s'interessino a questioni mediche. Possono farne parte come aggregati gli studenti di medicina e le persone di famiglia degli aderenti.

I titoli delle comunicazioni devono trasmettersi al più presto al segretario generale, prof. Jacques Roskam, rue Beeckman 16, Liége; se l'ufficio del Congresso li accetta (come di consueto), il testo dovrà essere mandato alla Segreteria non oltre il 1° settembre; non può eccedere 6 pagine di stampa degli Atti.

La quota è di 100 franchi belgi (ovvero di 20 belga) per i titolari, di metà per gli aderenti. Inviare le adesioni e l'importo al tesoriere, prof. Schoofs, rue Louvreux 41, Liége, compte chèques postaux Bruxelles 4,2739,44.

Associazione italiana di idrologia, climatologia e terapia fisica.

In una riunione dei soci della Sezione « Italia Settentrionale » venne votato alla unanimità un plauso al prof. Luigi Devoto per la nuova succursale in Salice della Clinica del Lavoro di Milano, succursale che sorgerà su area donata dal dott. Diviani e che servirà ad accogliere, per cure termali e climatiche, anche lavoratori agricoli. Per concessione di S. E. Mussolini, essa sarà intitolata alla « Carta del Lavoro ». Si prese atto parimenti con plauso dell'opera a favore della idroclimatologia italiana, svolta dal recente Convegno medico Garda-Trento e dal Congresso climatologico di Pontedilegno. Si approvò pure la organizzazione, che è in corso attivamente, del XXI Congresso Nazionale Idroclimatologico, che si terrà a Rodi nel prossimo settembre, sotto la presidenza di S. E. il sen. Mario Lago.

Procedutosi alla nomina del nuovo Consiglio direttivo, esso risultò costituito come segue: presidente: prof. P. Piccinini (Milano); vice-presidente: prof. P. Di Mattei (Pavia); consiglieri: prof. O. Alberti (Brescia), prof. O. Bellotti (Milano), prof. P. Boveri (Milano), prof. A. Da Gradi (Genova), prof. R. Pinali (Torino), dott. E. Silvano (Gardone Riviera); segretario: dott. Corbellini (Milano).

Accademia Lancisiana di Roma.

Il 13 marzo ebbe luogo presso l'Ospedale di S. Maria della Consolazione la seduta ordinaria dell'Accademia.

Aperta la seduta, il presidente on. prof. Fioretti fece iniziare le comunicazioni.

Il dott. Tancredi parlò degli spostamenti terziari delle fratture e degli accorgimenti di tecnica per prevenirli e dimostrò i risultati ottenuti.

Il prof. D'Avack dimostrò di aver trovato in un ascesso del fegato, un ago montato con grosso filo, che probabilmente era stato ingerito dal paziente e che attraversate le pareti dello stomaco era giunto nel fegato dando luogo all'ascesso.

Il prof. Bonfiglio presentò un paziente affetto da crisi psico-isteriche, da lui studiato in collaborazione col dott. Rieti, e parlò intorno alla diagnosi differenziale tra le crisi psico-isteriche e psico-epilettiche.

Corso teorico-pratico di talassoterapia.

Si terrà dal 5 al 17 maggio, presso l'Ospedale al Mare, al Lido di Venezia. È specialmente raccomandato per tutti i medici che devono occuparsi di cure e di colonie marine.

Insegnanti ordinari ne saranno i proff.: G. Ceresole (Climatologia e talassoterapia generale), D. De Francesco (La talassoterapia in chirurgia), F. Delitala (La talassoterapia in ortopedia) e il dott. L. Magni (La talassoterapia in medicina).

Il corso sarà integrato da una serie di conferenze su argomenti di climatologia e di talassoterapia. Conferenzieri saranno i proff. Bertino, Casagrandi, Fasiani, Truffi dell'Università di Padova; Cattaneo dell'Università di Milano; Baglioni dell'Università di Roma; Eredia dell'Ufficio presagi, Ministero dell'Aereonautica, Roma; Cassionis dell'Accademia sportiva della Farnesina, Roma; Cerstani del R. Magistrato alle Acque; senatore Maragliano dell'Università di Genova; Pincherle dell'Università di Bologna; sen. Giordano, Brunetti, Orlandini, Jona, Giorgi, Vitali dell'Ospedale Civile di Venezia; Padre Paoloni direttore dell'Osservatorio Geofisico di Montecassino.

Il corso sarà completato da esercitazioni pratiche quotidiane in corsia, in spiaggia e in osservatorio.

L'inaugurazione del corso avrà luogo il 5 maggio a ore 10 1/2 coll'intervento di S. E. l'on. Giovanni Giuriati, presidente della Camera dei Deputati, e altre Autorità.

La frequenza al corso dà diritto ad un certificato. Tassa d'iscrizione L. 50. Ribassi ferroviari usando i biglietti speciali per la Biennale di Venezia. Facilitazioni negli alberghi. Per informazioni e iscrizioni dirigersi al direttore della Scuola, prof. Giulio Ceresole, via Dalmazia 11, Lido, Venezia.

Corso d'integrazione sulle tubercolosi osteo-articolari e ganglionari.

Avrà luogo nell'Ospedale Marittimo di Berck, sotto la direzione del dott. Etienne Sorrel, dal 14 al 19 aprile. Quota d'iscrizione 150 franchi francesi. Per informazioni rivolgersi al Dr. Delahaye, Hôpital Maritime, Berck-Plage, Pas-de-Calais, Francia.

Inaugurazione del corso d'igiene prenatale.

E' stato inaugurato nell'Istituto Materno «Regina Elena » in Roma (Piazza d'Armi), il corso di eugenetica e di igiene prenatale indetto dall'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, che sotto la direzione del prof. Cesare Micheli, ha lo scopo di preparare dei medici alla funzione di propagandisti di igiene prenatale presso i consultori delle cattedre ambulanti istituiti dall'Opera per educare le gestanti e le partorienti alla migliore igiene della gravidanza, del parto e del puerperio.

L'inaugurazione ebbe luogo in una sala dell'istituto gentilmente concessa dal cav. di gr. cr. avv. Carlo Scotti.

Assistevano al discorso d'inaugurazione del professore Micheli i prof.ri del corso: Rubbiani e Bompiani, i sub commissari dell'Opera prof. Valagussa e avv. Scotti e il direttore generale Prefetto Graziani.

Il chiaro oratore, dopo aver ricordato la genesi del concetto assistenziale alla gestante e alla partoriente, e l'influenza che esercitarono in proposito la Società degli ostetrici italiani e i Congressi di ostetricia dal 1919 in poi, tracciò con linee decise e sicure il programma del corso, insistendo più specialmente sul concetto della migliore difesa e della elevazione della madre.

Per l'assistenza all'infanzia in Roma.

Sono stati inaugurati a Roma, con largo intervento di personalità, l'asilo-nido Principessa Maria di Piemonte, istituito al Castro Pretorio dal IV Patronato dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, e un consultorio di igiene prenatale e postnatale dipendente dalla Cattedra ambulante di assistenza materna e di puericultura del suburbio.

" La festa del fiore ,,.

La Federazione nazionale italiana fascista per la lotta contro la tubercolosi, comunica:

« Sua Eccellenza il Capo del Governo anche quest'anno con una recente circolare della Direzione Generale di Sanità pubblica ha disposto che in tutta Italia sia celebrata nel mese di maggio la festa del fiore per la lotta contro la tubercolosi. All'organizzazione della benefica giornata di grande propaganda antitubercolare, le Prefetture del Regno, le varie associazioni ed enti daranno tutto il fervore fattivo perchè i risultati siano veramente munifici e sopratutto contribuiscano a rafforzare quella vecchia coscienza antitubercolare a cui tende tutta la legislazione Fascista, che ha messo il nostro paese all'avanguardia nel campo dell'assistenza igienico-sociale delle classi lavoratrici. A tal uopo la Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, con sede in Roma, mette a disposizione dei vari enti, a prezzo di costo, tutto il materiale propagandistico occorrente per il migliore successo della grande e benefica giornata.

La missione scientifica Gabbi.

Dopo una breve sosta in Eritrea, ha fatto ritorno in Italia la missione scientifica Gabbi.

In un ambulatorio impiantato ad Agordat, la missione potè esaminare 1455 infermi chiamati per mezzo di una specie di *ukase*, emanato dal Commissario; le indagini cliniche furono completate da quelle eseguite nel laboratorio della Missione.

Questa si portò anche a Cheren, ove esaminò numerosi infermi, tanto nell'ospedale quanto nell'ambulatorio; e toccò molte altre località. La spedizione fornì, nelle visite d'ambulatorio, le medicine occorrenti, avendo portato con sè dei medicinali per alcune decine di migliaia di lire, grazie alla generosità di alcune ditte italiane.

L'attenzione della missione fu portata anche sulle malattie del bestiame, che rappresenta una grande ricchezza di quelle regioni.

Il nuovo Istituto di Clinica medica a Genova.

Alla presenza della Regina d'Italia, è stato solennemente inaugurato il nuovo grande Istituto di clinica medica sorto a Genova presso la Città universitaria. La cerimonia si è svolta nell'aula magna; vi assistevano le autorità ecclesiastiche, politiche, civili, militari e fasciste, spiccate personalità della scienza, invitati, studenti.

Ha preso per primo la parola il Rettore magnifico Mattia Moresco, al quale ha fatto seguito il podestà sen. Broccardi.

Quindi il prof. Pende ha pronunciato il discorso inaugurale. Dopo aver portato alla Regina il più fervido e devoto ringraziamento suo, quale direttore dell'Istituto, e di tutti i componenti la nuova clinica genovese, ha illustrato gli scopi che l'Istituto stesso si prefigge di svolgere, assistendo non solo i malati ed i bisognosi di cure immediate, ma altresì, unico in Europa, assolverà il compito di seguire anche in tutte le fasi della loro crescenza, gli adolescenti di ambo i sessi onde preservarli da tutte le malattie, col fine di raggiungere quel perfezionamento ed incremento della razza vagheggiato dal Regime.

Infine è stata scoperta una lapide che ricorderà l'odierna solenne inaugurazione fatta dalla Regina Elena di Savoia.

La Clinica del lavoro di Milano.

Alla presenza del Rettore dell'Università di Milano sen. B. Rossi, di insegnanti, di medici, di allievi e di non pochi esponenti delle mutue di lavoro, il prof. Devoto, in occasione del 20° anniversario della sua Clinica, ha passato in rassegna gli atti più salienti dell'attività svolta durante questo periodo.

Per l'Università di Bologna.

Con apposita legge si è approvata una Convenzione stipulata tra lo Stato, la provincia, il comune ed altri enti locali di Bologna per l'assetto edilizio dell'Università, del Policlinico universitario di « Sant'Orsola » e di altri Istituti per l'insegnamento superiore di Bologna.

La presente Convenzione è la terza che gli Enti locali hanno stipulato col Governo.

Alla Camera l'on. Albini ha espresso, in nome di Bologna, la gratitudine al Governo per il concorso e l'impulso dato.

Il Ministro dell'educazione nazionale on. Giuliano si è augurato che l'esempio di Bologna possa essere eseguito altrove a favore della cultura italiana.

Ricostruzione della Facoltà medica di Parigi.

Per la ricostruzione della Facoltà medica di Parigi Rockefeller ha fatto offerta al decano, prof. Roger, di 6 milioni di dollari, pari a circa 120 milioni di lire it., a condizione che il Governo francese assegni altrettanto; ma il Governo francese non ha preso ancora una decisione per una somma così ingente.

È certo che l'attuale Facoltà non risponde più ai bisogni, in vista dell'incremento continuo nel numero degli studenti, sovratutto stranieri. È anche da considerare che l'architetto degli edifizi, mezzo secolo addietro, si era preoccupato più dell'estetica esteriore, anzichè della rispondenza ai

bisogni. Quando si dovettero costruire i nuovi laboratori e l'Istituto d'igiene, si determinò un vero sovraffollamento e si fu costretti a valersi dell'antico « Collège des Jesuites », nel quartiere Vaugirard, il che è causa di un grave disagio per gli studenti.

È ora in progetto l'utilizzazione di una vasta area, lungo la Senna, occupata dalla « Halle aux Vins », che potrebbe essere portata lontano.

Essa risulta di 11 ettari. Occorrerà che il Municipio conceda l'autorizzazione ad occuparla.

Nuova cattedra a Bruxelles.

Presso la Facoltà medica dell'Università libera di Bruxelles, è stata istituita una Clinica complementare di fisiopatologia del lavoro ed affidata al dott. Maurice De Laet; l'insegnamento, obbligatorio, verterà sulla selezione professionale e sulla patologia del lavoro. Provvisoriamente la Clinica (ambulatorio) è allogata nell'Istituto di fisiologia; poi passerà in un padiglione dell'Ospedale universitario, di prossima costruzione.

Il nuovo Istituto Cajal presso Madrid.

A cura del Governo Spagnuolo è stato eretto presso Madrid un grandioso edificio che sarà sede dell'Istituto Cajal. Si trova su una collina, e da esso si domina un vastissimo territorio circostante per un'estensione di circa 30 Km.

L'Istituto comprenderà quattro divisioni: *a)* l'istologia e l'anatomia normale del sistema nervoso dell'uomo e degli animali avrà a direttore il prof. Cajal ed a vice-direttore il prof. Tello; *b)* per la neurofisiologia; il direttore non ne è stato ancora designato; *c)* per l'istopatologia del sistema nervoso, sarà diretta da Rio Hortega; *d)* per la fisiologia generale, sarà affidata a J. Negrin. Ulteriori divisioni potranno essere aggiunte in seguito.

L'edificio è un vero monumento che la Nazione Spagnola ha voluto erigere in vita a Cajal.

Santiago Ramón y Cajal nacque nel 1852 in una piccola città dei Pirenei. La sua prima tendenza fu per la pittura, da cui lo allontanò il padre medico, per dirigerlo verso la medicina. Compì i suoi studi nell'Università di Saragozza e si laureò nel 1873.

I suoi tre volumi sulla istologia del sistema nervoso dell'uomo e dei vertebrati pubblicati in spagnolo nel 1904, riscossero l'universale ammirazione. Del pari interessante riuscì il suo volume sulla degenerazione e rigenerazione del sistema nervoso. Nel 1906 gli fu conferito, unitamente al Golgi, il premio Nöbel.

Il nuovo Manicomio della Provincia di Vercelli.

La Provincia di Vercelli deve, per l'assistenza agli alienati, appoggiarsi all'Ospedale Psichiatrico di Novara, insufficiente ai bisogni delle due Provincie riunite.

Il Rettorato Provinciale ha quindi dovuto affrontare questo problema assistenziale ed ha testè approvato, sotto la presidenza del Preside commendatore Vittorio Sesia, il progetto presentato dall'ing. Luigi Martina di Milano, per la costruzione dell'Ospedale Psichiatrico della Provincia di Vercelli, che sorgerà lungo la sponda sinistra della strada provinciale Vercelli-Trino.

L'Ospedale occuperà una superficie di 28 ettari.

Per una colonia marina da intitolarsi ad Amedeo Piaggio.

La famiglia Piaggio ha comunicato al Prefetto di Genova di avere destinato la somma di due milioni di lire per la fondazione nella provincia di una colonia marina da intitolarsi al nome di Amedeo Piaggio e del di lui figlio Carlo Piero, morto in guerra, nella quale verranno di preferenza accolti i figli degli operai e dei marittimi addetti alle industrie del gruppo Piaggio.

La famiglia stessa ha inoltre messo a disposizione del Podestà di Genova la somma di un milione di lire da erogarsi a favore delle istituzioni cittadine di pubblica beneficenza.

Nella stampa medica.

La « Noua Revista Medicale », organo dell'Unione Medica Franco-Romena, si pubblica a Bucarest, sotto la direzione del dott. I. Westpied, fondatore dell'Unione stessa, la quale ha lo scopo di stringere i legami tra le due nazioni latine.

L'abbonamento importa 120 lei. Indirizzarsi all'amministrazione: Sto Pital-Mosu 4, Bucarest, Romania.

Conferenze.

Il prof. A. Dionisi, accademico d'Italia, ha tenuto a Pescara una conferenza sulla malaria, in seguito ad iniziativa della Società medico-chirurgica abruzzese e dell'Istituto nazionale fascista di cultura. V'intervenne un pubblico elettissimo; erano presenti il prefetto ed altre autorità. L'oratore espose molte ricerche e vedute personali sui danni recati dalla malaria ed illustrò la conferenza con numerose proiezioni.

* * *

All'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere il prof. L. Devoto ha tenuto una brillante conferenza sulla « malattia del Gottardo », in occasione del cinquantesimo anniversario del traforo.

Ha rievocato il contributo degli italiani nell'individuare, combattere e curare la malattia: da Dubini a Grassi e Parona, da Perroncito a Bozzolo, da Maggi a Pagliani.

Un viaggio istruttivo negli Stati Uniti a condizioni di favore.

Dal 5 al 10 maggio prossimo, avrà luogo a Washington l'annunziato primo grande Congresso Internazionale di Igiene mentale.

Tutte le Nazioni vi saranno rappresentate. La « Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale » della quale è presidente l'illustre prof. De Sanctis, sta organizzando la formazione di un Gruppo Italiano di partecipanti.

I congressisti avranno occasione di visitare — prima del Congresso — tutte le principali istituzioni psichiatriche degli Stati Uniti percorrendo le città di New York, New Haden, Boston e Filadelfia.

La partenza del Gruppo è fissata per il 17 aprile, da Milano. L'intera durata del viaggio sarà di giorni 37. La spesa — tutto compreso — è stata fissata in L. 7500 circa per persona.

Per informazioni, rivolgersi alla Segreteria della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale, Venezia, Zattere 272.

Commemorazione del prof. sen. Cirincione.

Nell'aula della R. clinica oculistica, il prof. Giuseppe Ovio, direttore della clinica stessa, commemorò l'anniversario della morte del prof. senatore Cirincione. Con rapida sintesi toccò i punti più salienti della vita e dell'operosità scientifica del maestro scomparso, mettendo in viva luce lo impulso fecondo dato all'oftalmologia italiana e alla clinica di Roma, dalla sua opera e da quella dei numerosi suoi allievi. Illustrò le numerose sue pubblicazioni. L'oratore esaltò poi la figura del compianto sen. Cirincione come clinico e fece rivivere il sommo operatore con la proiezione di due films rappresentanti difficili atti operativi da lui eseguiti. La commemorazione fu alla fine caldamente applaudita dai numerosi studenti e dottori intervenuti.

Un medico che dà il suo sangue.

All'Ospedale Civile di Venezia il dott. Furio De Leonardis, assistente del prof. Chiasserini, ha offerto il proprio sangue per salvare lo scultore Cornelio Ghiretti, profondamente anemizzato in seguito ad emorragia da ulcera duodenale. Vennero estratti successivamente 650 e 350 cmc. di sangue; per tal modo potè effettuarsi ed avere buon esito l'intervento operatorio.

Medico assassinato dalla moglie.

Il medico italiano Giacomo De Fini, residente a San Paolo del Brasile, è stato ucciso dalla moglie con quattro colpi di rivoltella; era in corso una domanda di divorzio.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Il vaiolo.

Continua a costituire una certa preoccupazione per la presenza di parecchi focolai epidemici. Nello stato di Indiana, l'aumento in confronto dello scorso anno è stato del 450%. Nello Stato di Illinois, eccettuata la città di Chicago, nel mese di dicembre, vi sono stati 3733 casi; negli ultimi undici mesi, i 7466 casi verificatisi hanno avuto per conseguenza una spesa di 100.000 dollari per la lotta contro la malattia ed un totale di 430 anni di quarantene. Se si pensa alle sole perdite economiche derivanti dalla forzata inazione degli individui che hanno subìto la quarantena, si comprende quali gravi danni economici ha portato questa epidemia, che una saggia diffusione della vaccinazione può impedire. Difatti, nello stesso stato di Illinois la città di Chicago, dove la vaccinazione è fatta largamente, è rimasta quasi immune.

Anche nella antivaccinista Inghilterra, l'epidemia di vaiuolo continua da anni, con molte migliaia di casi. Ad ogni modo, gli Stati Uniti battono il non invidiabile *record* di essere la Nazione del mondo che, dopo l'India inglese (paese classico di epidemie), ha il maggior numero di casi di vaiolo; nel 1928, sono stati 38.000. Nello stesso anno l'Italia ne ha avuti *cinquantadue!*

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse Méd., 30 nov. — M. PERRIN e P. MATHIEU. Patogenesi delle obesità. — J. CAUSSIMON. Le febbri mestruali nelle tubercolotiche.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 24 nov. — A. RABINO. Trattam. ambulatorio delle emottisi.

Journal A. M. A., 16 nov. — J. P. CROZER GRIFFITH. Ipoglicemia e convulsioni nell'età infantile. — H. R. VIETS e J. N. WATTS. Meningite asettica (linfocitica). — N. M. KEITH. La medicazione endovenosa.

Endocrinology, 4. — O. RIDDLE. Secrez. interne e riproduzione. — J. P. PRATH e M. SMELTZER. Ormone ovarico e pituitario per via nasale. — H. G. BECK. Sindrome Lawrence-Biedl.

Wien. Arch. inn. Med., 2. E. SCHWARZ. Mononucleosi infettiva, febbre glandolare e angina monocitica. — L. KAUFTHEIL. La colesterina del sangue nelle malattie artritiche. — B. BERGGLAS. Trattam. chirurgico dei tifobacilliferi. — O. SARKE e W. WINKLER. Striae distensae cutis.

Zbl. f. Chir., 30 nov. — G. E. KONJESTZNY. Trattam. della lussaz. abituale della mandibola. — A. HAGENTORN. Plastica labiale.

Clin. Chirurg., ott. — R. PECCO. Glicemia prima e dopo l'intervento chirurgico.

Dermosifilografo, nov. — B. BELLUCCI. Epilazione del cuoio capelluto col metodo misto Roentgen-tallio.

Medic. Ibera, 30 nov. — C. JUARROS. Il segno di Babinski nel neonato.

Bollett. Lotta contro la Tubercol., sett.-ott. — Resoconto del Congresso di Palermo.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., nov. — G. BUONOMINI, E. FRANCO. Isolam. del bacillo del tifo.

Nipiologia, lu.-set. — G. FERRETTI. Prima infanzia ed esteticità.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 1 dic. — O. VALTAN. Operaz. radicale di Stacke.

Revue de Méd., nov. — Numero di neurologia.

Arch. per le Sc. Med., dic. — L. D'ANTORA e G. CORBINI. Diabete insipido e sindromi ipofisarie. — E. POLACCO e O. RUTOLI. Innesti di lembi liberi di periostio nelle cavità articolari.

Presse Méd., 4 dic. — G. PASCALIS. Colon mobili; appendicite e volvuli cecali.

Annali It. di Chir., 11. — G. FIGURELLI. Soluz. cloruro-sodiche ipertoniche a dosi alte nelle occlusioni intestinali acute duodenali. — P. MARRI. Cisti del pancreas.

Soc. d. Chir. de Paris, 5 nov. — R. MASSART. Trattam. delle tbc. chirurg. — TSAKONA. Flebectasia intra-uterina a forma anginosa.

Soc. Méd. d. Hôp. de Paris, 2 dic. — L. BERNARD e al. Tbc. primitiva del lattante per via cutanea.

Journal A. M. A., 23 nov. — M. ANDERSON. Inefficacia del siero antimeningococcico. — O. S. LOWSLEY e F. P. TWINEM. I dolori a destra dell'addome. — P. H. KREUSCHER. Trattam. della scoliosi avanzata.

Wien. Kl. Woch., 5 dic. — GRUBER. Le cause del difettoso sviluppo nell'uomo.

National Med. Journ. of China, ott. — Numero di oculistica.

Arch. di Pat. e Cl. Med., nov. — C. CENI. Reazione cutanea genetica bivalente. — G. PALTRINIERI. Gas-emanazione di radio.

Rev. Méd. de Barcelona, ott. — A. FEIJÓO e al. Psicosi e liquido cef.-rach.

Zbl. f. Chir., 7 dic. — K. VOLKMANN. Osteite fibrose. — P. ESAU. Corpi estranei nell'appendice.

Riv. di Pat. e Ter. d. Tub., 30 nov. — C. CASSANO. Il ricambio respiratorio nella terapia insulinica della tbc. polm.

Paris Méd., 7 dic. — Numero di terapia.

Minerva Med., 8 dic. — A. FOÀ. Colecistografia per via orale nell'esame del tubo diger.

Riv. San. Sicil., 1 dic. — G. CARONIA. Vaccini tifici lisizzati.

Japan Med. World, 15 giu. — Y. WATANABE. Biologia del B. C. G. — 16 lug., Y. TOKUMITSU. Rapporti tra ormoni e sostanze immunitarie.

Brit. Med. Journ., 7 dic. — T. A. ROSS. Disordini nervosi funzionali. — G. EVANS. La stitichezza.

Ann. de Méd., nov. — M. KRISTIENSEN. Il « Bacillus abortus » Bang nell'uomo. — J. MAGE e L. VAN BOGAERT. La meningite cer.-sp. a forma di poliomielite acuta. — RISER e R. SOREL. Plasmocitomi intracranici.

Journ. d. Praticiens, 7 dic. — H. VIGNES. La corea delle incinte.

Chir. degli Org. del Movim., nov. — A. COBAU. Struttura dell'osso iliaco. — C. DAL PRATO, E. BENASSI e P. FIASCHI. Micetomi. — G. TOSCHI. Fratture isolate delle apofisi trasverse delle vertebre lomb.

Arch. d. Istit. Bioch. Ital., nov. — D. GANASSINI. Ipouricuria e iperuricuria. — E. MORETTI. Osteomalacia senile.

Riforma Med., 30 nov. — D. LIOTTA. Anemia pernic. resistente all'opoterapia.

Bull. Ac. de Méd., 3 dic. — J. CASTAIGNE. Azotemia-limite. — LE ROY DES BARRES. Risveglio di vaccino.

Acta Med. Scandinav., III-IV. — G. SÖDERBERGH. Inversione vera dei riflessi addom. — E. MEULENGRATH. Anemia perniciosa nella stenosi intest. — O. JERVELL. Reaz. dell'acido lattico nel sangue di nefritici. — E. RUD. Anti-tiroidina nel trattam. del gozzo esoftalm. — S. BERG. Fermento sierolipolitico nella tbc. polm.

Id., *Supplem. XXX.* — F. LINDSTEDT. Natura del sintoma dolore nel reumatismo muscolare.

An. Faculdad de Med. (Montevideo), sett. — J. B. MORELLI e J. N. QUAGLIOTTI. Paraplegia in flessione. — A. GAMINARA e E. DE BONI. Tumore amebico del crasso.

Rass. di Ter. e Patol. Clin., nov. — V. SUSANNA. Sinergismo del veronal e antipiretici.

Riv. di Clin. Pediatr., nov. — L. SPOLVERINI. Azione eutrofica degli alimenti irradiati.

Brasil-Med., 23 nov. — P. C. DE ANDRADE. Tbc. primitiva delle cartilagini costali.

Ann. d'Igiene, nov. — E. BERTARELLI. Trattam. della lana da materassi col cloruro di bario. — G. BROTZU. Disinfez. delle pelli carbonchiose.

Münch. Med. Woch., 13 dic. — LESCHKE. « Alastrim », vaiolo e vaccinaz. jenneriana. — SCHMIDT. Narcosi e narcotici.

Presse Méd., 11 dic. — M. CHIRAY e A. LOMON. La contrazione della cistifellea. — 14 dic. G. ROUSSY e al. Il dominio dell'infiammazione.

Bull. d. Sc. Med., lug.-ag. — G. ZAMPA. Glicemia, riserva alcalina e chetonuria negli operati.

Rivista di ter. moderna e med. pratica - Marzo 1930. — Pel libro medico ital. — Libri nuovi e pubbl. di spec. importanza: « IL VALSALVA ». — Iconografia med. ital. — Per la stampa med. ital.: (nuovi periodici ital.). — Notiziario.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII — Roma, 7 Aprile 1930 — Num. 14

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale Civile ed Ospizio Marino Regina Margherita di Alghero.

La terapia delle tubercolosi chirurgiche. Prospetto e contributo

per il dott. ATTILIO BALDUZZI, direttore e prim.

Le tubercolosi chirurgiche in ogni tempo sono state oggetto di applicazioni di metodi di cura che traevano sempre la ragione loro da un duplice movente: scientifico e sociale. Riconosciuto che la terapia medicamentosa e chirurgica avevano un ottimo alleato nel mare e nella montagna, si fecero sorgere numerosi istituti di cura in montagna ed in riva al mare, in principio come colonie estive, che si mutarono poi, necessariamente, in istituti permanenti, seguendo i rigorosi dettami di una perspicace esperienza in proposito. Nel periodo iniziale delle affezioni ghiandolari, ossee ed articolari di natura tubercolare l'efficacia della eliotalassoterapia è incontestabile; essa dà risultati sorprendenti, particolarmente nella prima e nella seconda infanzia. Le statistiche sulla cura elioterapica riducono la mortalità delle tubercolosi chirurgiche a meno del 2 %, ed elevano le guarigioni all'84 % (compresi morbo di Pott, tubercolosi del bacino, coxiti, ecc.), di modo che parecchi chirurgi, prima propensi ad interventi operativi (Wilkinson, Tubby, Hartley) in seguito ad esperienze fatte, diventarono fautori della cura conservativa e della elioterapia, ed Hartley avrebbe avuto fino il 90 % di guarigioni durature. A male progredito e complicato il soggiorno in riva al mare è sempre di giovamento, ma da solo non basta; altre cure sussidiarie ed energiche s'impongono. Nello scopo da conseguire si andrebbe incontro ad amare delusioni se si volesse chiedere tutto alle cure climatiche, escludendo di partito preso gli altri mezzi terapeutici che la scienza suggerisce. Lo stesso Rollier, che tanta esperienza ha nella cura delle tubercolosi chirurgiche, consiglia di sottoporre all'intervento chirurgico quei casi che non hanno avuto miglioramento dopo una cura solare durata uno o due anni.

Nei primi tempi, per altro scusabili, la terapia era limitatamente medica: buona alimen-

Nota. — Il presente lavoro è stato comunicato al III Congresso di talassoterapia tenutosi a Grado (agosto 1929).

tazione, soggiorno alla sponda del mare, elioterapia. In seguito la cura conservativa ortopedica tenne il primato per lungo tempo, ed annovera uno strenuo sostenitore nel Calot, che vi apportò modificazioni notevoli con i suoi grandi bendaggi fenestrati, con gli apparecchi amovo-amovibili, con tecnica innovata. Il metodo conta seguaci ancora oggi.

Una comunicazione recente dello Jüngling, della Clinica chirurgica di Tübingen, tratta della cura delle forme tubercolari dell'articolazione del ginocchio, e fa dei rilievi riguardanti la cura conservativa. Egli fa distinzione tra fungo articolare ed idrope, nella quale in genere è discutibile se si tratta realmente di tubercolosi, e fra bambini ed adulti. La cura conservativa praticata nella Clinica consisteva nella radioterapia, nel mettere a riposo l'articolazione mediante un manicotto gessato od un apparecchio gessato, che andava dalla tuberosità ischiatica ai malleoli, nella elioterapia, e nella cura all'aria aperta. Nel fungo articolare degli adulti non si ottennero risultati notevolmente buoni quando la cura venne strettamente seguìta. L'idrope guarì con la conservazione completa della mobilità nell'88,9 % dei casi nei bambini, e nell'82,4 % negli adulti. Il fungo articolare guarì nell'82 % dei casi nei bambini, e, solo nel 29 %, negli adulti; in circa la metà di questi casi la guarigione si sarebbe verificata con la conservazione della mobilità. Negli altri casi si produsse un peggioramento progressivo, sicchè si dovette praticare la resezione (75 %) o l'amputazione (25 %); il 61,9 % dei resecati guarirono per prima, nel 14,3 % si ebbero seni fistolosi, nel 28,8 % si dovette praticare successivamente la amputazione. La perdita di tempo subìta con la cura conservativa nei casi, che dovettero poi essere operati, fu in media di più di due anni. Secondo l'A. la introduzione della elioterapia e della terapia profonda con i raggi Röntgen non avrebbe migliorato in modo rilevante i risultati che si ottengono con la cura conservativa nel fungo articolare degli adulti, nel quale quindi, secondo lui, il metodo terapeutico di scelta è la resezione.

Questa è la convinzione di molti chirurghi, i quali ritengono efficace la cura chirurgica quando è opportunamente applicata, e quindi che in ogni tubercolosi osteoarticolare si debba praticare immediatamente la resezione. È vero, nota il Delbet, che questa risultava utile per un certo numero di malati, e certamente si ottenevano guarigioni molto più rapide che con la semplice immobilizzazione, e di qualità eguale se non superiore; di qualità eguale per l'arto inferiore, poichè, così se si pratica, come se non la si pratica, la tubercolosi del ginocchio non può guarire che mediante un'anchilosi; invece di qualità un po' superiore per l'arto superiore, al quale con la resezione si renderebbe una mobilità articolare soddisfacente.

Un indirizzo salutare nella cura delle tubercolosi chirurgiche cominciò con la iniziativa del Rollier, che diede il bando ai corsetti, ai manicotti ed ai grandi apparecchi gessati, mettendo in rilievo i danni che essi cagionavano. A proposito del morbo di Pott, egli si esprimeva così: « Nous ne voulons que la peau soit privée d'air et s'atrophie, comme les muscles, sous des cuirasses imperméables, ni sourtout que l'ampliation du thorax soit génée comme elle l'est nécessairement dans les appareils; et on sait les conséquences que comporte une pareille entrave pour le développement du squelette ». Trattando della cura della coxite tubercolare egli scriveva: « Pour la coxalgie comme pour le mal de Pott nous avons définitivement proscrit l'appareil plartré, qui met l'articulation malade dans l'ombre, masquant la formation éventuelle d'abcès, et très souvent de fistules, macérant les téguments et atrophiant la musculature ». Nell'Ospizio Marino da me diretto ho avuto la prova convincente delle asserzioni del Rollier, fornitami dall'osservazione d'infermi di tubercolosi chirurgiche mandati per la cura marina, dopo essere stati trattati altrove con fasciature gessate portate lungo tempo. Riassumo in poche parole le condizioni di quegl'infelici; arti atrofici, articolazioni deformate, fistolose, suppuranti, emaciazione e febbre. Valga qualche esempio:

Invalido di guerra di anni 28, affetto da coxite tubercolare sinistra da cinque anni; rimossa la fasciatura gessata constato che la faccia anteroesterna della coscia è occupata da un ascesso freddo esteso come grosso tubo dall'articolazione coxofemorale fino al disopra della rotula. Masse muscolari atrofizzate. Con periodici vuotamenti con fine trequarti, ed iniezioni della emulsione oleoeterea del Calot, e con la elioterapia, l'enorme ascesso scomparve; di pari passo lo stato generale si riebbe, e nell'autunno l'a. potè tornare al suo paese. Ogni anno ritorna per i bagni di mare; la guarigione si mantiene; passa bene l'inverno lavorando in ufficio, ma la coscia sinistra è irrimediabilmente atrofizzata.

Altro esempio:

M. Giovanni, di anni 40, affetto da coxite tubercolare sinistra, per la quale gli era stata applicata una grande fasciatura gessata. Quando arrivò era emaciato, febbricitante, con la fasciatura intrisa di pus scolante dalle numerose fistole cosparse attorno all'articolazione coxo-femorale, dall'osso iliaco e dal femore. L'elioterapia e le cure sussidiarie condussero l'infermo a guarigione

dopo un anno; ma a prezzo di un'anchilosi deforme e di un accorciamento dell'arto, che l'obbligano a far uso di un bastone per camminare.

Questi e molti altri consimili casi furono istruttivi per me, che seguivo già da tempo il metodo inaugurato dal Rollier. Anch'io, messi da parte corsetti, ingessature e simili, di qualsiasi foggia e dimensione, ho instaurato l'immobilizzazione degli arti e del tronco mediante materasse dure di crine, o grandi cuscini di sabbia fine, con acconci adattamenti, associandovi la brassière e la trazione a pesi come la pratica il Rollier; e la elioterapia, parte essenziale della cura. Come complemento, sempre quando lo ritengo indispensabile, ricorro alle iniezioni periodiche modificatrici, ai piccoli interventi chirurgici, raschiamenti, asportazione di piccoli sequestri, e resezioni economiche. La rigorosa disinfezione dei seni fistolosi formò sempre oggetto di particolare attenzione. Questo metodo di cura, tipicamente eclettico, applicato per un decennio, si è dimostrato veramente efficace; non ammette restrizioni, e lascia aperto l'adito a nuovi metodi. Per vero, il concetto, che si aveva alcuni anni or sono, che la tubercolosi chirurgica fosse in aperto contrasto con l'intervento chirurgico si è un po' modificato. Così Spisic ritiene che bisogna ricorrervi quando i classici trattamenti conservativi non sono più da usarsi, oppure non hanno dato buon risultato. Hans consiglia di non aspettare molto e fondare troppo sulla cura conservativa, ma di intervenire a tempo, in modo da allontanare i tessuti malati ed abbreviare il decorso della malattia. Secondo Frassi l'intervento entra in campo quando il male non regredisce, o quando l'ammalato peggiora; i sequestri devono essere allontanati quando la cura conservativa non dà miglioramento. Hilse è di opinione che per abbreviare la cura si devono aggredire i focolai extra-articolari, perchè non disturbano la funzionalità della parte.

Presso l'Hôpital Maritime a Berk Plage il Sorrel, come il Pizzagalli riferisce in una sua rivista sintetica, esplica con efficacia l'intervento chirurgico nelle svariate forme di tubercolosi chirurgiche. Non tutti i chirurghi condividono le idee interventistiche del Sorrel, ma non si può negare l'evidenza dei risultati da lui ottenuti, ed il confronto talvolta veramente imponente tra i vecchi ed i nuovi metodi terapeutici. Osserva quindi Pizzagalli, che ogni conquista va bene applicata, e prima di una assoluta generalizzazione vanno valutati molti fattori e fatte parecchie riserve. La esperienza, guida sicura, mi ha insegnato che, in presenza di sequestri ossei tubercolari con fistole secernenti pus, inestinguibili, è condotta nociva e pericolosa indugiare con la elioterapia e le medicazioni antisettiche. In tali casi, senza esitazione, conviene decidersi per la sequestrotomia, per la completa detersione del focolaio osseo, usando i dovuti riguardi quando trattasi di bambini, per gli eventuali disturbi di crescenza; e zaffare convenientemente con garza al iodoformio. Dopo alcuni giorni espongo la ferita al sole del mattino gradualmente: l'azione benefica drenante, detergente, cicatrizzante non tarda a manifestarsi in modo rapido e sorprendente. L'Andreoni ebbe a constatare che i raggi solari determinano delle modificazioni per cui si forma tessuto connettivale, che sostituisce i necrotici, che vengono riassorbiti ed espulsi. Gli studi sulle ferite di guerra hanno messo in evidenza che la elioterapia favorisce l'azione proteolitica, mediante la quale le ferite vengono sbarazzate dai tessuti devitalizzati (Quarella e Venturi); attiva il drenaggio linfatico, ravviva le granulazioni, e stimola la epitelizzazione, che progredisce rapidamente (Schlossmann). Il Faubert mise in evidenza l'azione cicatrizzante e cheratoplastica che l'insolazione esercita sopra le ferite.

Nelle piaghe operatorie l'elioterapia ha dato sempre risultati certi e durevoli al Rollier ed all'Aimes; per il primo l'elioterapia è incontrastabilmente il trattamento postoperatorio per eccellenza delle osteomieliti; il secondo ha dimostrato l'utilità di essa dopo alcuni interventi chirurgici, perchè aiuta alla riparazione di vaste ferite infette dopo larghi sbrigliamenti, come praticano pure il Sencert ed il Leriche, il quale consiglia, secondo la sua espressione, di esteriorizzare le ferite profonde, e di esporre poi la vasta superfice alla luce solare. Io ho osservato che l'azione cicatrizzante di essa è di tale intensità, che esponendovi una parte del corpo umano con piaghe fistolose, queste ben presto non tardavano a chiudersi; ma in realtà trattavasi di una falsa guarigione, che poteva trarre in inganno un osservatore poco oculato. Continuando ad isolare la parte si assiste al rigonfiamento di essa per il pus accumulatosi a tergo della superfice cutanea cicatrizzata, che ha sbarrato al pus la via di uscita all'esterno.

Ho visto anch'io, in diversi casi, piccoli sequestri ossei espulsi dopo una cura elioterapica di varia durata; ma non è da sperare una evenienza così fortunata per i grossi sequestri, i quali beneficiano anch'essi della elioterapia,

ma richiedono assolutamente l'intervento chirurgico come condizione essenziale per la guarigione. L'elioterapia, la immobilizzazione, come dissi già, trovano la loro indicazione nel periodo iniziale del male, ma, formatisi il sequestro e la carie dell'osso, l'intervento chirurgico s'impone. Così la pensa pure il Licini, per il quale il momento d'intervenire chirurgicamente nei processi tubercolari localizzati nelle ossa, se le opportune cure conservative non hanno dato i voluti risultati, o se la raccolta ascessuale minaccia di aprirsi spontaneamente, è dato dal prevenire, con l'arte, ciò che la natura farebbe per conto suo e con danno dell'infermo, inevitabilmente. Anche egli condivide l'opinione dell'intervento chirurgico economico, non asportando la parte malata come un tumore, od intervenendo come nella osteomielite acuta, ma prudentemente e limitatamente, onde evitare le complicanze, ed avviare la lesione verso la guarigione locale. Il Sorrel procede alla estirpazione precoce di sequestri, di lesioni specifiche juxtaarticolari circoscritte, forme di osteiti bulbari, osservate con frequenza nel bambino sia al cubito, alla sua estremità superiore, sia al cercine cotiloideo, sia al collo femorale, alla estremità inferiore del femore, della tibia, del radio, osteiti minaccianti di invadere l'articolazione corrispondente. L'intervento precoce eseguito in tempo opportuno evita appunto la estensione della lesione.

Dei casi da me operati ricordo la resezione economica del gomito destro eseguita ad un giovane invalido di guerra, affetto da qualche anno da tubercolosi ossea fistolizzata, per nulla migliorata da una prolungata elioterapia, che invece riuscì di grande giovamento dopo l'intervento chirurgico, perchè ottenni la guarigione perfetta con parziale riacquisto dei movimenti dell'articolazione, onde l'a. potè ritornare ai lavori agricoli. Lo rivedo ogni estate, e sta bene.

L'intervento chirurgico risulta di una utilità inconfutabile nella tubercolosi del ginocchio con fungosità sinoviale, presenza di sequestri dei condili femorali, e fistole purulente inestinguibili. Il processo di scelta è la resezione economica con l'asportazione delle fungosità e zaffamento. Dopo l'elioterapia fa il resto. Un ragazzo di 13 anni, ricoverato nell'Ospizio Marino, che trovavasi nelle condizioni di dover essere operato, con il trattamento ora descritto guarì perfettamente, ed ora fa il marinaio.

Condizione di garanzia per il risultato è sapersi decidere a tempo per l'intervento chirurgico, liberandosi da tergiversazioni che potrebbero riuscire fatali, come pur troppo m'insegnarono i casi, fortunatamente pochi, pervenuti a me per l'amputazione della coscia, unico mezzo per salvare la vita d'infermi, nei quali una cura conservativa mal diretta aveva condotto alla suppurazione del ginocchio tubercolare con fenomeni di sepsi generale, febbre alta, emaciazione, che minacciavano la vita dei pazienti. Risultati ugualmente buoni ottenni sempre con l'intervento chirurgico nella tubercolosi delle ossa del piede. I raschiamenti e le resezioni parziali delle ossicina lese rappresentano una via di mezzo non sempre efficace; l'asportazione dell'osso malato, e la elioterapia successiva danno la guarigione sicura. Un esempio è il caso di un ragazzo quattordicenne, febbricitante e deperito per tubercolosi del primo cuneiforme e del primo metatarso del piede destro, con fistole secernenti pus, inviato all'Ospizio Marino per la cura eliomarina. Le condizioni generali migliorarono con questa, ma le lesioni ossee, nonostante ripetuti raschiamenti e disinfezioni, rimanevano invariate, per cui mi decisi per la disarticolazione delle ossa cariate e le asportai; dopo di che la elioterapia condusse ben presto alla rimarginazione della ferita operatoria. L'a. ritorna ogni anno per i bagni di mare, la guarigione del piede si mantiene; egli è cresciuto e di aspetto florido. Anche il Sorrel crede che davanti a spina ventosa del piede a seria evoluzione sia meglio disarticolare, perchè con una mutilazione minima si ha una guarigione rapida, e si evitano anni d'immobilizzazione ed interventi tardivi per deformazioni dolorose e dannose funzionalmente. Così pure nella osteoartrite tibiotarsica egli pratica quasi sistematicamente l'astragalectomia, con la quale il risultato ortopedico sarebbe ottimo, meglio conservata la muscolatura, e l'articolazione tibiotarsica capace di movimento. Per la mano invece il suo giudizio è riservato; interventi speciali potranno essere richiesti, l'amputazione sarà però sempre solo una operazione di necessità.

Nella tubercolosi ossea articolare del ginocchio caseificata con ascesso chiuso ho avuto finora buoni risultati con un nuovo metodo di cura risultante dall'associazione di due metodi proposti separatamente da due autori diversi, e per diverse forme di tubercolosi chirurgiche. Il Sicard, all'Ospedale Percy di Parigi, nella cura degli ascessi migratori del morbo di Pott alle applicazioni di raggi ultravioletti associa la calcioterapia per via orale, o meglio per la via endovenosa, perchè il cloruro di calcio sembra essere il sale di calcio che viene meglio assorbito. La soluzione molto diluita da

lui adoperata non sorpassava l'1,5 %, e la iniettava a dosi progressivamente crescenti fino a 250 cmc. Spogliandomi da qualsiasi pretesa di voler rivendicare la priorità del metodo, ricordo come nell'aprile del 1925, nell'Ospizio Marino, di mia iniziativa, ricorsi alle iniezioni endovenose di cloruro di calcio al 10 %, nella dose di 10 cmc. per volta, in tre casi di tubercolosi chirurgiche.

Il primo caso si riferisce ad una ragazza affetta da osteoartrite tubercolare del ginocchio, curata precedentemente con la immobilizzazione a letto, la elioterapia, e la trazione a pesi con manicotto applicato attorno ai malleoli. Prima iniezione il 19 aprile, ripetuta ogni quattro giorni fino a praticarne sei.

Incoraggiato dal risultato sodisfacente, volli provare le iniezioni in una ragazza affetta da anni da lupus degli arti inferiori, nella quale la tubercolino-terapia era riuscita infruttuosa.

Le iniezioni in numero esiguo non consentono nessuna deduzione. Utili riuscirono poche iniezioni endovenose di cloruro di calcio praticate ad una giovane ventenne portatrice di un ascesso freddo localizzato davanti all'articolazione coxofemorale destra, clinicamente diagnosticato da me, diagnosi confermata con una puntura esplorativa, infiggendo l'ago profondamente al terzo esterno della linea orizzontale puboiliaca, e poscia con la radiografia. L'a. era curata con la immobilitazione, la elioterapia e lo svotamento a distanza di cinque, sei giorni con un lungo trequarti, e la iniezione della emulsione oleo-etereiodoformio del Calot. Essa guarì dopo due anni di cura.

Dopo la comunicazione del Sicard ho esteso le iniezioni endovenose di cloruro di calcio alla cura delle tubercolosi osteo-articolari, facendo due serie di quindici iniezioni; praticate a giorni alterni, come fa il Sicard. Per la prima serie adopero la soluzione al cinque per cento di endocalcio, meno caustico e meno doloroso, alla dose di dieci centimetri cubici, per la seconda serie adopero la soluzione al dieci per cento e la stessa quantità. Poichè la fissazione del calcio è favorita dalla luce, il Sicard ricorreva alle applicazioni dei raggi ultravioletti, io ricorsi alla elioterapia in riva al mare. Delore attribuisce i buoni effetti dei sali del calcio nella tubercolosi non tanto alla ricalcificazione quanto all'attivazione delle diastasi, all'azione di stimolo sulla fagocitosi, all'azione antitossica. Terminata la prima serie d'iniezioni endovenose agii direttamente sugli ascessi para-articolari, nei quindici giorni d'intervallo, svotandone il pus con un trequarti ed iniettandovi olio iodato (olio vegetale con aggiunta di un decimo di iodio), secondo i tentativi fatti dal Finikoff nell'Hôpital Cochin di Parigi, e riferiti dal Delbet. Anche il Finikoff associa alle iniezioni la somministrazione interna di preparati ricalcificanti. L'olio iodato viene preparato al momento di fare l'iniezione. Esso differirebbe molto, secondo l'A. dal lipiodolo, giacchè si assorbe in modo relativamente rapido. Mediante queste iniezioni il Finikoff si proponeva di aumentare il potere lipasico e proteolitico del siero. Sopra cinquantaquattro malati curati con questo metodo egli ebbe 25 guariti, 16 migliorati e 3 insuccessi; risultati veramente notevoli.

CASISTICA PERSONALE.

CASO I. — R. Luigi, di anni 23. Esonerato dal servizio militare per idrope tubercolare del ginocchio sinistro, tornò a casa, e gli fu applicata una fasciatura gessata (1926) che portò per sette mesi: quando fu rimossa il ginocchio apparve gonfio (con le due mani unite a cerchio l'a. non lo cingeva), con tre bozze sporgenti fluttuanti, due laterali ed una mediana al disopra della rotula. Inoltre: impossibilità di sollevare l'arto, che trascinava appoggiandosi a due bastoni, ed evitando di poggiarlo al suolo. Nel luglio del 1927 venne qui per i bagni di mare, e nell'agosto fui chiamato a visitarlo. Prescrissi riposo assoluto dell'arto ed elioterapia in riva al mare; ogni sei giorni, vuotate le raccolte purulenti intercomunicanti, vi iniettavo la miscela oleoeterea del Calot. In dicembre il miglioramento generale e locale erano evidenti; il ginocchio sinistro detumefatto aveva una circonferenza diminuita di otto centimetri. In gennaio (1928) iniziai la prima serie di quindici iniezioni endovenose di endocalcio (dieci centimetri cubici della soluzione al cinque per cento) a giorni alterni. Al termine di esse cominciai le para-articolari con olio vegetale iodato con aggiunti due centigrammi di novocaina, per renderle meno dolorose: ne praticavo una ogni quattro giorni, dopo aspirazione del pus. Trascorsi quindici giorni cominciai la seconda serie di iniezioni endovenose di endocalcio (dieci cc. della soluzione del dieci per cento) ed a giorni alterni. Subito dopo ricominciai con le iniezioni paraarticolari di olio vegetale iodato, praticandone diciassette in tutto, una ogni cinque giorni. L'ascesso non si è più riprodotto. Il ginocchio si detumefece, e quando l'a. in settembre partì (era rimasto per la elioterapia — fece anche bagni di mare) il ginocchio aveva acquistato limitatamente i movimenti di flessione, e l'a. camminava senza bastoni. L'a. è ritornato tre volte per farsi visitare, ed ho constatato il buon esito: ha passato bene l'inverno rigido ed in mezzo alla neve. È di nuovo qui per la cura del sole e di bagni marini.

CASO II. — O. Battista, di anni 30, invalido di guerra, affetto da tubercolosi osteoarticolare del ginocchio sinistro con raccolta caseosa rammollita paraarticolare. Cura: riposo a letto, arto in estensione, trazione a pesi esercitata al disopra dei malleoli, secondo Rollier, elioterapia; vuotamento delle raccolte caseose ed iniezioni della emulsione del Calot. Nell'ottobre in seguito a caduta battendo sul ginocchio malato, questo si tumefece, la cute divenne iperemica, comparve la febbre, e si presentò una raccolta purulenta. Mitigatasi la flogosi, vuotai la raccolta purulenta, iniettando subito dopo dieci centimetri cubici di olio vegetale iodato, e ripetei l'operazione ogni quattro giorni fino a cessazione del pus. Ai primi di novembre intrapresi le iniezioni endovenose di endocalcio (dieci cc. della soluzione al cinque per cento), a giorni alterni, fino a farne quindici; quindi sosta, e ripresa delle iniezioni di olio vegetale come prima; passati quindici giorni, cominciai la seconda serie di quindici iniezioni di endocalcio (dieci cc. della soluzione al dieci per

cento), a giorni alterni. L'esito fu buono, l'a. continuò la elioterapia; nel maggio potè lasciare il letto, nell'estate fece i bagni di mare, ed il 13 ottobre partì guarito. È ritornato parecchie volte per farsi visitare: sta bene, e lavora da muratore.

Di grande giovamento riuscirono le iniezioni endovenose di endocalcio per rialzare le condizioni generali dopo l'operazione, e contribuire di conseguenza a favorire il processo di guarigione nel caso seguente, sotto vari aspetti interessante.

Trattasi di una ragazza venticinquenne, che a sette anni ammalò di coxite tubercolare sinistra, che curata male, arrivò alle conseguenze estreme: l'arto inferiore era ridotto ad un esile ramo ciondolante intorno all'articolazione coxofemorale, che l'inferma sollevava in tutte le direzioni, crivellato, come l'osso iliaco omonimo, da piaghe fistolose, fontanelle inesauribili di pus. L'a., ridotta in fin di vita si riebbe per miracolo, e, ricoverata di urgenza in questo Ospedale civile, le praticai in primo tempo l'amputazione alta della coscia. Risollevatesi le condizioni generali grazie a questo primo intervento, a quindici giorni di distanza, potei eseguire la disarticolazione del femore. La vasta breccia lasciata dall'intervento andò restringendosi e rimarginandosi con il favore della elioterapia. L'a., che ora sta bene, è anche mestruata.

Ritornando all'uso dell'olio vegetale iodato, dirò che io l'ho sostituito definitivamente alla emulsione oleoeterea del Calot, avendone constatato la superiorità. Lo adopero con vantaggio nella cura degli ascessi freddi, grandi e piccoli, specialmente in quelli che si formano nelle linfoadeniti del collo. Ecco come procedo: Aspiro il pus con un trequarti di piccolo diametro ed una siringa di vetro, grande; in nessun caso ho creduto necessario l'uso di una pompa aspirante a tipo Potain, come fa il Sorrel. Nel tempo stesso gl'infermi facevano la cura di sole. L'esito fu sempre buono anche per ascessi voluminosi. Basti il seguente esempio per tutti: L'anno scorso mi fu presentata una bambina di cinque anni con parecchi ascessi freddi disseminati ai due arti inferiori, specialmente ai polpacci, le così dette gomme del polpaccio, alle avambraccia, con osteite tubercolare dei metacarpi e spine ventose con ascessi. Ogni giorno vuotavo due ascessi con un trequarti fino e vi iniettavo un volume proporzionato di olio vegetale iodato; e siccome eravamo nella buona stagione la bambina passava l'intera giornata alla spiaggia. Dopo tre mesi di questa cura combinata la bambina era guarita.

In casi consimili il Sorrel procede alla estirpazione chirurgica in blocco, o escindendo la cute se fistolizzata, od incidendo direttamente ed esponendo tutta la cavità ascessuale, che estirpa dopo averla ben conosciuta nella sua estensione e nei suoi prolungamenti, sutura direttamente ed ottiene per lo più una cicatrizzazione per prima intenzione. E' vero che le cicatrici restano per qualche tempo cheloidee, ma in seguito regrediscono rendendosi bianche, lineari e più o meno mobili. Con le iniezioni di olio vegetale iodato, previa aspirazione del contenuto gelatiniforme, ho curato di recente l'idrope della borsa sierosa interna fra il gemello interno ed il tendine del semimembranoso dei due popliti, in un uomo di cinquanta anni.

La natura tubercolare dell'idrope è dimostrata dall'anamnesi, dalla presenza di una iperostosi di natura tubercolare delle due ossa dell'avambraccio destro, e dalla intradermoreazione fortemente positiva con larga chiazza rosso intensa rimasta per molti giorni.

Vengo in ultimo a riferire due casi di morbo di Pott, che ho trattato con le iniezioni endovenose di endocalcio; l'esito buono ottenuto in uno, contrasta con il risultato infausto verificatosi nell'altro.

CASO I. — A. Angelo, di anni 20. Le prime manifestazioni del morbo di Pott, dorsale di cui è affetto, risalgono all'età di sette anni, per cui gli fu applicato un corsetto gessato portato per sei mesi; e nonostante, la cifosi pottica si accentuò determinando la paraplegia a tipo flaccido, che costrinse l'a. a letto per qualche anno. Si ebbe un miglioramento e l'a. potè alzarsi e camminare, ma per breve tempo. Comparvero disturbi sensitivi a topografia essenzialmente radicolare, seguiti da accentuazione della paraplegia con flaccidità degli arti. Ricoverato nell'Ospizio Marino fu posto in decubito dorsale sopra materassa dura di crine, e sottoposto all'elioterapia graduale generale e dorsale; dopo un anno il miglioramento era notevole. Dimesso, tornò a casa; dopo breve tempo le condizioni diventarono quelle di prima. Nuova immobilizzazione a letto, iniezioni del Durante, alimentazione nutriente, olio di fegato di merluzzo.

Il 10 dicembre 1927 cominciai la prima serie di quindici iniezioni endovenose di endocalcio a giorni alterni (dieci cc. della soluzione al cinque per cento); dopo una sosta di quindici giorni, praticai la seconda serie di quindici iniezioni (dieci cc. della soluzione al dieci per cento). I dolori al rachide scomparvero, la paraplegia gradatamente migliorò di pari passo con lo stato generale, e tal segno che qualche mese dopo l'a. cominciò a lasciare il letto, a fare qualche passo, e finalmente uscì di casa per recarsi ogni giorno in riva al mare a fare la cura di sole ed i bagni. Attualmente la guarigione perdura.

La paraplegia non era da ritenersi dipendente da pachimeningite, perchè questa suol essere tardiva, procede lentamente, si accentua progressivamente per degli anni, e bene spesso resta in via definitiva. Non trattavasi di paraplegia da edema, perchè essa, che è pure precoce e si installa rapidamente, guarisce in qualche settimana. Resta dunque la paraplegia di Pott, caratterizzata dalla comparsa precoce, dalla durata di anni, con remissioni, e dalla guarigione che avviene dopo lungo tempo. La causa determinante di questa paraplegia caratteristica, è, come si sa, un ascesso intrarachidiano, che si sviluppa precocemente, come suol avvenire negli adulti, nei quali molto spesso costituisce da solo un segno dello stadio d'inizio (Clavelin). La presenza costante dell'ascesso nel corso del morbo di Pott fu riconosciuta da gran tempo (Bouvier, Lanne-

longue, Broca, Mènard, Lance, Sorrel, Dejerine, Massart, Ducroquet, Clavelin), e non bisogna considerarlo come una complicazione, ma come una tappa nella evoluzione naturale dell'affezione. In generale l'ascesso è riconoscibile clinicamente in tutti i casi, ma molto spesso viene scoperto solo alla radiografia od all'autopsia (Clavelin).

Caso II. — C. Giuseppe, di anni 31, è affetto da morbo di Pott dorsale, che egli farebbe risalire ad un trauma sul dorso sofferto nel 1927, in seguito al quale sarebbero comparsi dolori radicolari a cintura della durata di alcuni mesi, con alternative di esacerbazione e di calma. Quando venne alla mia osservazione nel 1928, oltre ai dolori radicolari accusava pure algie intense agli arti inferiori, che sentiva indeboliti, causa di sofferenza nella stazione eretta.

Ricoverato nella infermeria, lo misi a letto in decubito dorsale sopra materassa dura di crine. Intradermoreazione intensamente positiva e di lunga durata. Gli praticai quindici iniezioni endovenose, a giorni alterni, di dieci cc. ciascuna di endocalcio in soluzione al cinque per cento, dopo le quali, nei quindici giorni di sospensione, gli feci praticare iniezioni quotidiane nelle regioni glutee di soluzione iodo-iodurate. Riprese le iniezioni endovenose di endocalcio in soluzione al dieci per cento, dopo la quarta dovetti sospendere, perchè erano sopravvenuti sintomi di una localizzazione morbosa inaspettata; febbre alta, accompagnata da cefalea frontale, dolorabilità della nuca con modica rigidità, strabismo, anisocoria, vomito; Kernig positivo; convulsioni prima agli arti, poi paralisi, coma ed infine l'exitus in decima giornata. Non essendo stata eseguita l'autopsia, vengono a mancare i dati positivi per una esatta interpretazione dei fatti clinici osservati, e dei rapporti esistenti fra di essi, e le lesioni anatomo-patologiche. Si potrebbero affacciare delle ipotesi, che per quanto plausibili, non darebbero la spiegazione giusta e convincente. Certo resta inspiegabile l'insorgere inopinato della meningite, con tutta probabilità anch'essa, di natura tubercolare; ma sarebbe per lo meno azzardato attribuirla al *post hoc*. Ad ogni modo l'esito infausto in questo caso non menoma affatto il risultato sorprendente ottenuto nel primo con le iniezioni endovenose di calcio.

Allo stato attuale della lotta per il risanamento dei malati affetti da tubercolosi chirurgiche, gli Istituti di cura in riva al mare, preferibilmente, e quelli in montagna, occupano il posto preminente. E' condizione indispensabile che il soggiorno dei malati in essi debba protrarsi fino a raggiungere la guarigione non solamente clinica, ma anche anatomo-patologica. Un progresso notevole si è fatto innegabilmente con la immobilizzazione alla Rollier, abbandonando per sempre gli antichi corpetti ed apparecchi gessati, che facevano più male che bene. Devono essere tenute in conto, perchè utili, le piccole cure chirurgiche sussidiarie, le iniezioni iodo-iodurate e quelle modificatrici di olio vegetale iodato. Un avvenire pieno di promesse sembra riservato alle iniezioni endovenose di soluzione di calcio, addimostratesi di possedere una efficacia terapeutica indiscutibile. Gl'interventi chirurgici, applicati in giusta misura e con sano criterio, trovano la loro indicazione, e danno affidamento per guarigioni sicure.

RIASSUNTO.

L'A. tende a dimostrare che nelle tubercolosi chirurgiche la eliotalassoterapia riesce di grande giovamento all'inizio del male, ma non dà la guarigione quando si sono formati ascessi caseosi e sequestri ossei, per i quali è necessario intervenire chirurgicamente, dopo di che i risultati della elio-climato-terapia sono sorprendenti. Sull'esempio del Rollier l'A. si dichiara contrario agli apparecchi gessati, e ne mette in evidenza i danni da essi cagionati. Come corollario della tesi sostenuta l'A. riferisce i buoni risultati ottenuti associando, nel trattamento delle tbc. chirurgiche, le iniezioni endovenose di endocalcio in serie (proposte dal Sicard per la cura del morbo di Pott) con le iniezioni focolari di olio vegetale iodato (Finikoff). L'argomentazione è corroborata da non pochi casi clinici, fra i quali l'A., da osservatore coscenzioso, riferisce due casi di morbo di Pott trattati con le iniezioni endovenose di endocalcio: nel primo ottenne la guarigione duratura: nel secondo insorse la meningite tubercolare con esito letale.

BIBLIOGRAFIA.

Andreoni. Soc. Lomb. Scien. Med., 1922.

A. Balduzzi. *Osteomieliti, sequestri, elioterapia.* Clin. Chirur., 1920, n. 9-10.

Delbet. *La terapia della tub. osteoarticolare.* Journal des Practiciens, luglio 1927.

Frassi. Ospedale Maggiore, 1922.

Hans. *Zur Klin. der Knochentbc.* Wien. Klin. Woch., 1922.

Jüngling. Soc. Méd. de Stuttgart, 18 ott. 1928.

Leriche et Policard. Comptes rendus des séances de la Soc. de Biologia, Paris, dic. 1917.

C. Licini. *La chirurgia nella tuberc. ossea.* Morgagni, parte I, n. 7, 1923.

Magrassi A. *L'elioterapia nelle malattie chirurgiche.* L'Idrologia, La Climatologia, n. 2, a. 1915.

Pizzagalli. *La terapia della tubercolosi chirurg.* Bollettino delle specialità medico-chirurgiche, ott.-dic. 1927.

Quarella e Venturi. *Citofilassi e teoria fagocitaria di Metchnikoff.* Acc. di Med. di Torino, dic. 1918.

Quarella. *Evoluz. biol. delle ferite infette e corollarii terapeutici.* La clinica chirurgica, 1920, fasc. III, anno II, nuova serie.

Ralliere. *La cure du Soleil.* Ballière et fils, Paris.

André Sicard. *Sintomatologia e cura degli ascessi di Pott.* Gazette des Hôpitaux, 14 mag. 1927.

Sencert. *Metodo asettico nella cura delle ferite di guerra.* Soc. de Chir. Paris, 16 mai 1917.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Laboratorio d'Igiene e Profilassi per la provincia di Perugia.
Sezione Medico-Micrografica diretta dal prof. G. DE' ROSSI.

Sopra un caso di paratifo A che portò a incertezze diagnostiche

per il dott. ENRICO CALISTI, coadiutore.

Le manifestazioni a carico della cute che sono comunemente descritte nelle febbri tifoidi non sempre si presentano così caratteristiche come si legge nei trattati; nè sempre si limitano alla sola roseola. Talora anzi sono così modificate, da indurre, se non proprio a errori, almeno a forti dubbi diagnostici. Mi pare pertanto d'un certo interesse esporre questo caso caduto sotto la mia osservazione.

Pier. Benedetto, maestro elementare, da Lucca, residente nella Scuola rurale di S. M. di Lignano (Assisi). Nulla di notevole nell'anamnesi familiare e personale. Giunge in residenza il 15 ottobre. Il giorno 26 ottobre viene colto da febbre violenta, che lo costringe a mettersi in letto. Nulla di notevole all'esame obbiettivo; ma, perdurando l'alta temperatura e difettando di assistenza, viene il giorno 30 ricoverato nell'Ospedale Civile di Assisi. Nello stesso giorno è comparsa sulla cute di tutto il corpo una abbondante roseola a piccole macchie poco rilevate, che scompaiono alla pressione; tutti gli elementi si sono prodotti contemporaneamente. Il 31 ottobre, per il caratteristico aspetto della roseola, si emette diagnosi di sospetto tifo esantematico e ne viene data denuncia al locale Ufficio d'Igiene. Cefalea, lingua impaniata, meteorismo, non diarrea, tumore di milza.

Il 1° novembre, a 48 ore di distanza, l'esantema è quasi del tutto scomparso: solo permangono sull'addome alcuni elementi, che però si sono trasformati in vescicole grandi come una attuale moneta da un soldo, ripiene di un liquido limpido, il che fa pensare a una concomitante vaiuoloide. Il 3 novembre il curante riferisce all'Ufficio Sanitario che ritiene le manifestazioni cutanee presentate dal Pier. come un esantema anomalo della tiroide.

Dovendosi tuttavia, per ordine della autorità sanitaria provinciale, procedere all'accertamento diagnostico, mi recai sul posto per compiere i necessari prelevamenti. Ecco l'esito delle ricerche praticate:

1) agglutinazione sul siero di sangue = positiva per il Paratifo A 1/150, negativa per gli altri germi cimentati;

2) emocultura = sviluppo di un bacillo nettamente identificabile per il Bac. Paratifo A;

3) esame microscopico del liquido contenuto nelle vescicole cutanee = alcuni polinucleati: forme bacillari gram-negative, alcune libere, alcune fagocitate;

4) agglutinazione sul liquido contenuto nelle vescicole = positiva per il Paratifo A 1/100;

5) cultura in brodo del liquido contenuto nelle vescicole: dopo otto giorni si nota brodo ancora limpido; ma nel fondo sedimentano fiocchetti bianchi che all'esame microscopico appaiono costituiti da ammassi di forme bacillari. Il passaggio su terreni culturali appropriati dà luogo a sviluppo in cultura pura di un bacillo nettamente identificabile col Bac. Paratifo A.

Era quindi fuori discussione la diagnosi di Paratifo A con manifestazione cutanea anomala. Ma erano stati perfettamente giustificati i dubbi diagnostici successivamente insorti e sopratutto quello del tifo esantematico, perchè la roseola tifica, di solito piuttosto scarsa e in genere anche più scarsa nei paratifi, compare abitualmente a poussées successive, così che è possibile notare la contemporanea presenza di elementi in varia fase di sviluppo; e si presenta nel secondo settenario, anzi per lo più, secondo il Matthes, « con una regolarità degna di nota al nono giorno »; nel caso attuale abbiamo invece una roseola assai diffusa, che insorge simultaneamente, ed è assai precoce (4°-5° giorno), tutti caratteri distintivi della roseola del tifo esantematico. Quel che poi mi è sembrato degno di nota è la completa trasformazione vescicolare di alcuni elementi dell'esantema, così che questi acquistano un aspetto del tutto particolare, ben diverso da quello dei caratteristici *sudamina* e del « pelioma tifoso » descritto da Strümpell: e sopratutto l'isolamento del germe patogeno dal liquido delle vescicole (cosa che non ho trovato descritta nella letteratura) previo sviluppo culturale svoltosi con una spontanea agglutinazione allo stato nascente.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di Paratifo A, nel quale si ebbe roseola assai diffusa, abbondante e precocissima, sì che fece sorgere il sospetto di tifo esantematico. La ricerca sierodiagnostica, avvalorata dall'emocultura, tolse ogni dubbio. Alcuni elementi dell'esantema essendosi in secondo tempo trasformati in ampie vescicole, dal liquido di queste fu possibile isolare il germe patogeno, mediante sviluppo culturale svoltosi con una spontanea agglutinazione allo stato nascente.

COMMENTI.

A proposito di favismo.

Nel lavoro di F. Guccione sull'*Anatomia patologica del favismo*, comparso nel n. 1, (1° gennaio 1930) del *Policlinico*, Sez. Med., si legge alla fine della p. 33:

« Contro il concetto della natura infettiva della malattia sostenuto da Lusena e da pochi altri depone il fatto... ecc. ».

Poi l'Autore fa la critica delle varie teorie per dare la preferenza a quella anafilattica.

Le parole che mi riguardavano sono contrarie al vero. Infatti le pagine 5, 6 e 7 della mia breve nota sono proprio dedicate alla dimostrazione della teoria anafilattica del favismo e tale dimostrazione, che ha poi raccolto il consenso quasi universale, fu appunto la prima nella letteratura.

La negatività delle ricerche numerose eseguite prima del 1922, la brevità qualche volta singolare del periodo di incubazione, l'innocuità della sostanza patogena verso la maggioranza degli individui e d'altra parte il fatto che inalazioni di poca durata o ingestioni di quantità piccolissime bastano a provocare la sindrome in alcuni predisposti, mi portarono a considerare insostenibili tanto la teoria infettiva quanto la tossica e a pronunciarmi per quella anafilattica, estendendo il medesimo ragionamento anche a parecchie così dette intossicazioni vegetali da Fermi rammentate nel suo lavoro pubblicato in *Annali di Igiene sperimentale*, I, 1905.

Aggiungo che in armonia coi risultati enunciati in quella stessa epoca e nella stessa scuola da Ancona sull'asma dei mugnai prodotta da ipersensibilizzazione da parte del *Pediculoides ventricosus*, parassita della *Tinea granelli* che a sua volta è parassita del grano, enunciai l'ipotesi che anche per il favismo si potesse trattare di meccanismi analoghi. E ciò è stato poi dimostrato per altra forma di asma anafilattico.

Al tempo stesso tracciavo il programma di esperimenti che a mio parere dovevano essere eseguiti per dare la dimostrazione materiale di queste teorie. Questa è stata ottenuta in seguito dai valorosi ricercatori che lo stesso Guccione cita nel suo lavoro.

Concludendo: mai sostenni, ma anzi denegai la dottrina infettiva del favismo e proprio a me per primo si deve la formulazione e motivazione precisa della dottrina anafilattica.

Credo legittimo attendermi che il chiarissimo dott. Guccione, avendo vista la mia nota, vorrà equamente prenderne atto.

MARCELLO LUSENA.

***

Il dott. Guccione prende nota con grato animo del rilievo fattogli a proposito del suo lavoro sul Favismo: però si permette di far notare al prof. Lusena che anche uno studioso più recente dell'argomento, il Manai (*Il Favismo*, Sassari, 1929) lo cita tra i sostenitori della teoria infettiva e parassitaria. Infatti a p. 102 egli scrive: recentemente Lusena (*omissis*) pensò che il favismo (*omissis*) potesse spiegarsi con una forma anafilattica *da particolari parassiti delle fave.*

Roma. F. GUCCIONE.

A proposito del "segno del Pagniello" per la diagnosi di malaria.

Riferendosi all'articoletto sul « segno del Pagniello » pubblicato nel n. 47, 25 nov., 929, pag. 1731, il dott. Basilio Natoli di Gioiosa Marea (Messina) ci scrive:

Nel volume « Mio Padre » dell'on. Alfredo Baccelli, da pag. 17 a pag. 26, sono contenuti diversi episodi che un assistente del prof. Baccelli esponeva ad un collega più giovane per convincerlo del geniale intuito del loro maestro. Fra gli altri episodi a pag. 22 si legge questo: « Un'altra volta, un amico gli condusse un campagnuolo che soffriva, dicevano, di stomaco e di fegato: lo curavano, ma deperiva sempre più. Il Baccelli lo guarda in faccia con i suoi occhi penetranti, lo fa coricare sul letto, e, senz'altro, lo pigia forte a sinistra. Il campagnuolo getta un grido. Il Baccelli sorride. Doleva la milza: si trattava d'un malarico, che con la sua mistura antifebbrile dopo quindici giorni guarì ».

Nel pigiare che fece il Baccelli sul lato sinistro del malarico, provocando una reazione dolorifica, non si riscontra il segno che va sotto il nome del Pagniello? Certo, però, al dott. Pagniello si deve il merito di aver molto ben descritto e di aver diffuso, con larga pubblicità, il segno che ha un indiscutibile valore diagnostico non solo nei casi di malaria latente, ma anche in quelli di febbre malarica in atto.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Recenti progressi nella diagnosi e terapia delle malattie del sistema nervoso.

(C. WORSTER-DROUGHT. *British medical journal*, 1° febbraio 1930).

Uno dei progressi diagnostici più notevole di questi ultimi anni è stata la *puntura della cisterna*, costituita dall'introduzione di un ago nella cisterna magna, la grande porzione dello spazio subaracnoideo che si trova fra la superficie inferiore del cervelletto e la parte posteriore del midollo. L'ago penetra fra l'occipite e l'atlante e se ne estrae il liquor. Tutto ciò ha una certa apparenza di intervento eroico, mentre è di una semplicità simile alla puntura lombare. L'ago deve avere una divisione in centimetri, in quanto che la lunghezza massima per cui esso può essere introdotto in un adulto è di 5-6 cm. L'introduzione si fa sull'asse della vertebra, proprio al disopra di questa, con una direzione di 30 gradi circa dall'orizzontale. Attraversata la cute, è bene togliere lo stiletto dall'ago prima di introdurlo nella cisterna; raggiunto lo spazio sottoaracnoideo, fuoriesca un goccia di liquor.

La manovra, oltre che utile per scopi diagnostici, lo è anche per il trattamento di varie forme di meningite. In quelle meningo- o pneumococciche, p. es., si può introdurre il siero terapeutico direttamente nel punto di massima infiammazione, che è alla base del cranio. Tale metodo sostituisce così quello di introdurre il siero con la puntura lombare. La puntura può anche servire per introdurre il siero salvarsanizzato o mercurializzato, nella neurosifilide, oppure per l'introduzione di lipjodol a scopi diagnostici.

Importanti nozioni possono dedursi dall'*esame del liquor*. È anzitutto possibile confermare la diagnosi clinica di *compressione del midollo spinale* da parte di tumori o di ascessi. In tali condizioni, il liquor presenta un aumento notevole delle proteine totali (in confronto della quantità normale di 0,02-0,04 per cento), ma non aumento nel numero di cellule (2-4 per mmc.) e nessuna modificazione del glucosio e dei cloruri. Il fenomeno è chiamato dissociazione *albumino-citologica*.

In qualche caso, il liquor può essere colorato in giallo (xantocromia) e coagulare spontaneamente se lasciato a sè; si dà a tale condizione il nome di *sindrome di Froin*. Oltre che, nei tumori, la dissociazione albumino-citologica si può avere in casi di meningite e di polineurite, nonchè di arteriosclerosi cerebro-spinale.

Un'altra reazione importante del liquor è quella all'*oro colloidale di Lange*, che consiste, come è noto, nei cambiamenti di colore determinati nella sospensione dell'oro, da parte di liquidi cerebro-spinali patologici. Secondo i colori risultanti si ottengono delle curve tipiche per ogni malattia. Nella paralisi generale, si ha la *curva paretica*: i primi 3-4 tubi della serie sono quasi del tutto decolorati al bianco, mentre dal quinto in poi il colore riprende gradatamente fino all'ultimo che è normale. La curva è talmente caratteristica della demenza paralitica che, in sua assenza, l'A. rimane esitante nella diagnosi, quando si tratta di un caso non curato.

Nella tabe dorsale, si trova invece una *curva luetica;* il colore cambia nei tubi centrali. Quindi, mentre nel normale si ha una linea retta e nella demenza paralitica una linea che incomincia in alto, si mantiene tale per un poco e poi discende alla linea-base nella curva luetica, la linea sale dalla base, fin verso il centro e poi discende. Nella meningite ed in alcuni tumori cerebrali, la curva è inversa di quella paretica.

La reazione di Lange è di grande aiuto nella diagnosi della sclerosi disseminata, in cui il liquor mostra Wassermann negativa, poco o punto aumento delle cellule e poco aumento delle proteine, mentre la sola prova positiva può essere quella di Lange. Nella forma acuta e specialmente quando vi è compartecipazione cerebrale e cerebellare, la curva assume un andamento simile a quella paretica, ma però senza arrivare al livello alto della demenza paralitica. Nei casi cronici, e quando è coinvolto il midollo spinale, si ha invece una curva rassomigliante a quella luetica. È difficile poter dire quanti dei casi di sclerosi disseminata presentano positiva la reazione di Lange, per il fatto che la diagnosi clinica è spesso incerta. Ma praticamente, in quasi ogni caso si osservano modificazioni della reazione e questa è negativa soltanto in quei casi in cui la diagnosi non è che di probabilità.

Altre informazioni importanti si possono desumere dall'esame del liquor per confermare la *diagnosi di ostruzione dello spazio sottoaracnoideo* (tumore del midollo) e localizzare la sede. Si fa la puntura della cisterna e vi si introducono 1-2 cmc. di lipjodol. Raggiunto lo spazio subaracnoideo, il lipjodol si sposta verso il basso per raggiungere nell'individuo normale, la regione sacrale entro mezz'ora. Se invece il canale spinale è ostruito, il dipjodol si arresta al livello superiore dell'ostruzione (tumore) e può essere dimostrato per mezzo dei raggi X.

Negli ultimi anni, si è rivolta grande attenzione alla *radiografia del cranio*, con cui spesso è possibile dimostrare l'esistenza di un tumore. Spesso, in conseguenza dell'aumentata tensione endocranica, si ha un assottigliamento generale delle ossa craniche. Se il tumore è vicino alla superficie cerebrale, come nel caso di qualche meningioma, si possono vedere delle erosioni nelle ossa adiacenti al tu-

more. Questa, a sua volta, può essere calcificato (glioma o tuberculoma) ed essere visibile ai raggi X. Con questi, si può altresì vedere lo spostamento della ghiandola pineale, la quale è calcificata nel 60 % degli individui; il suo spostamento, visibile ai raggi X, indica il lato del tumore.

Un metodo recentemente introdotto per la lateralizzazione e la possibile localizzazione del tumore è l'*aero-ventricolografia*, in cui il liquor dei ventricoli viene sostituito con aria.

Si fa dapprima la puntura del ventricolo laterale, come segue. Si fissa un punto ad un pollice (cm. 2 e 1/2) al disopra ed un pollice al di dietro del meato esterno. Con un trapano ordinario, si fa un piccolo foro dell'osso, attraverso il quale si introduce l'ago nel ventricolo laterale, che si trova alla profondità di un paio di pollici. Ne fuoriesce il liquor tostochè si arriva al ventricolo laterale. Si estrae il liquor e lo si sostituisce con aria per mezzo di un rubinetto a due vie interposto fra l'ago e la siringa. Si deve badare a non introdurre maggior quantità di aria di quanto liquor si sia estratto. Si procede poi ugualmente dal lato opposto. Le modificazioni che si possono osservare ai raggi X, servono ad indicare il lato e, spesso, la sede del tumore. Nell'idrocefalo interno, si ha la dilatazione simmetrica di ambo i ventricoli.

Un altro modo analogo di investigazione è l'*encefalografia*, consistente nell'introduzione di aria nello spazio sottoaracnoideo mediante un ago immesso nella regione lombare. L'A. non è favorevole a questo metodo, per il fatto che è possibile introdurre una quantità eccessiva di aria, ciò che può portare ad inconvenienti gravi.

Un altro metodo è noto col nome di *valutazione ventricolare* e consiste nell'estrarre, come per l'aero-ventricolografia, tutto il liquor che ne può uscire misurandone la quantità per ognuno dei ventricoli. Normalmente la quantità è approssimativamente la stessa per entrambi; notevoli differenze indicano una obliterazione parziale o totale; la quantità più scarsa viene, di solito, fornita dal lato dove si trova il tumore.

Nell'idrocefalo ed in alcuni casi di tumore cerebrale, può essere utile l'iniezione di sostanze coloranti, quale la fenosulfonftaleina, giudicando dalla quantità che viene escreta dall'urina nelle prime due ore.

L'A. richiama poi l'attenzione su una condizione che in questi ultimi tempi è stata differenziata dall'epilessia vera, la *picnolessia*. Si tratta di uno stato simile a quello del « piccolo male » e che si osserva nei bambini, ad accessi numerosi, anche di 40 fino a 100 e più al giorno. Essa differisce dalla consueta epilessia per il fatto che è resistente ai bromuri ed al luminal e che non vi sono modificazioni dell'intelligenza; si può quindi fare una prognosi favorevole perchè gli eccessi tendono a scomparire col tempo.

Un'altra condizione è la *narcolessia*, di cui sono stati riportati diversi casi negli ultimi anni. Si hanno due fasi: 1) gli accessi narcolettici, in cui il paziente cade addormentato in qualsiasi tempo ed in qualsiasi luogo si trovi; 2) gli accessi catalettici, che consistono in un contorcimento, una improvvisa ipotonia muscolare generale che si ha specialmente quando il paziente ride di cuore od è emozionato. Il trattamento è difficile, tanto più che non se ne conosce la causa. Si è ammesso un disturbo nella regione ipotalamica, nella parte che si trova sopra il corpo pituitario. L'A. ha tentato parecchi rimedi, bromuri, estratti di tiroide e di pituitaria, la joscina ed ha trovato il maggior vantaggio con la caffeina (30 cg. di caffeina pura o 60 di citrato di caffeina), data ogni quattro ore durante il giorno.

Un'altra malattia del sistema nervoso, descritta recentemente, è l'*encefalite periassiale di Schilder*, del tutto distinta dall'encefalite letargica, in quanto che colpisce soltanto la sostanza bianca del cervello (donde il nome di periassiale) mentre l'encefalite letargica colpisce la sostanza grigia. Talvolta si ha rassomiglianza con la sclerosi, ma questa negli stadi avanzati colpisce soltanto in placche, mentre nell'encefalite di Schilder la degenerazione è diffusa a tutta la sostanza bianca. Si hanno: cecità e sordità che vanno aumentando oppure progressivo deterioramento mentale, secondo la regione cerebrale affetta, oppure paralisi graduale spastica, che prende tutti quattro gli arti.

Molta attenzione si è ultimamente rivolta alla *contusione cerebrale cronica*, che è stata confusa per il passato con la neurastenia traumatica. Fra i sintomi, che seguono una lesione cranica relativamente leggera, vi sono: cefalea, di solito parossistica, vertigine, insonnia, irritabilità mentale, apprensione e talvolta diminuzione della memoria. Una caratteristica della cefalea è il fatto che essa non è avvertita fino a che il paziente è in piedi ed in faccende ed aumenta quando esso si abbassa. Questo fatto basta a distinguere la sindrome da contusione da una neurosi traumatica, in quanto che la cefalea di quest'ultima è continua. Inoltre, nella contusione cerebrale, vi sono di solito polso relativamente raro ed aumento di pressione, oltre ad un periodo di amnesia retrograda precedente l'accidente, per cui il paziente non ha più ricordo di nulla di quanto è accaduto 15-20 minuti prima della lesione.

Si tenga presente che nella maggior parte delle contusioni cerebrali non vi è segno di frattura ossea, nemmeno all'esame radiografico.

La patologia della contusione cronica cerebrale è la seguente. L'accidente provoca una contusione diffusa con essudazione sierosa ed emorragie petecchiali. L'aumento nella pressione endocranica può essere confermato dalla manometria del liquor. Uno degli effetti di tale aumento è l'ostacolo alla circolazione ce-

rebrale per la compressione delle vene. Una contusione cerebrale localizzata viene quindi ad essere circondata da un'area di circolazione difficile, ciò che impedisce l'assorbimento dell'essudato. Si forma così un circolo vizioso che può essere spezzato soltanto abbassando la tensione endocranica generale. Tale scopo si può ottenere con diversi mezzi. Probabilmente il migliore è la puntura lombare ripetuta e l'asportazione del liquor in eccesso. La puntura può essere ripetuta a giorni alterni fino a cessazione dei sintomi. Un altro metodo consiste nell'iniezione endovenosa di una soluzione ipertonica di sale: 50-100 cmc. di una soluzione al 50 %; l'A. però preferisce 50-75 cmc. di una soluzione al 15 %. L'effetto dell'iniezione è transitorio, ma essa può essere ripetuta ogni 2-3 giorni. La disidratazione cerebrale può anche ottenersi mediante la somministrazione orale di solfato di magnesia (circa 90 grammi di una soluzione al 50 %) oppure rettale (180 grammi della stessa soluzione, ovvero 240 grammi della soluzione al 25 %).

Come uno dei più importanti progressi nel trattamento delle malattie nervose, è da citarsi la cura malarica della demenza paralitica. È un fatto che si può ottenere mediante essa, un arresto ed anche un miglioramento nei casi trattati precocemente. Una cosa importante da notarsi, si è che il trattamento malarico è l'unico che possa rendere negativa la Wassermann nel liquor, ma ciò non si ottiene che dopo 2-3 anni.

Un grave problema, che attende ancora la sua soluzione è quello della terapia dell'encefalite letargica. L'A. ha fatto tentativi con tutti i mezzi ed è arrivato alla conclusione che il migliore, nei casi acuti e subacuti, è l'iniezione endovenosa di salicilato di sodio, con o senza glucosio: 30 cmc. di una soluzione di salicilato al 2,5 %, somministrati 1-2 volte al giorno, si continuano fino a che il paziente migliora.

Lo stadio cronico, specialmente se accompagnato da mioclono o da sindrome parkinsoniana, è di trattamento più difficile. In molti casi, si ottengono miglioramenti con il bromidrato di ioscina dato ipodermicamente a dosi di un milligrammo circa, tre volte al giorno. Invece, la somministrazione per bocca, che sarebbe assai più comoda, non ha nessun effetto. L'A. ha ottenuto qualche buon risultato con lo stramonio disseccato, ma non può ancora dare un parere conclusivo in proposito.

fil.

Contributo alla diagnosi precoce e differenziale dei tumori del cervello.

(R. SCHMIDT. *Mediz. Klin.*, n. 1, 1930).

Sebbene la patologia dei tumori del cervello non sia strettamente di pertinenza della medicina interna, pure i suoi sintomi sono difficilmente separabili da quella, e spesso accade che uno di questi malati ricorra prima al medico pratico che allo specialista delle malattie nervose. È quindi assai interessante ed utile la rassegna che l'A. fa dei sintomi dei tumori cerebrali e delle possibilità diagnostiche che essi presentano.

Cefalea. — Essa ha una reale importanza se compare in persone che non ne hanno mai sofferto o se assume improvvisamente un carattere particolare; la continuità della causa anatomica è in stretto contrasto colla tipica intermittenza degli attacchi di cefalea che possono essere separati da intervalli anche di mesi; col progressivo accrescersi del tumore gli attacchi si fanno più frequenti. Essi prediligono la notte e le prime ore del mattino, come accade, è noto, anche per la lues, il che è forse in rapporto con una stasi ed un aumento della pressione nell'interno del cranio, dovute alla bassa posizione del capo, e al rallentamento del polso e del respiro.

La sede della cefalea è spesso nucale, come si verifica anche nelle nefriti croniche e nelle ipertensioni costituzionali, quando è preso il cervelletto; speciale importanza va invece attribuita alle cefalee costantemente emilaterali, congiunte ad una netta dolenzia alla percussione, la quale perciò non va mai dimenticata; essa ha sopratutto valore nei tumori a sede subdurale e ben localizzati. Va poi sempre ricercata la sfera « d'influenza »; cioè il lato che provoca o attenua la cefalea; nei tumori del cervelletto la posizione controlaterale, quella cioè sul lato sano, provoca oltre la cefalea vomito e vertigine; un'osservazione analoga a quella ben nota per le affezioni addominali. Tutti gli atti o le posizioni che possono provocare una stasi aumentano la cefalea; così l'allacciarsi le scarpe, il defecare con sforzo e la stipsi; onde in molti casi un lassativo ha un effetto più benefico di un antinevralgico. La posizione bassa del capo, il girar della testa, il movimento degli occhi, tutte le influenze vasodilatatrici (calore del sole, applicazioni calde sulla testa, uso di bevande calde ecc.), il bere e il fumare aumentano la cefalea.

Hanno invece azione favorevole lo svuotamento dell'intestino e, naturalmente, la puntura lombare che va fatta con grande prudenza, usando un ago assai fino ed estraendo scarse quantità di liquido.

La cefalea può essere accompagnata da lamenti o grida laceranti del paziente, da fosfemi, diplopia e ronzio alle orecchie, da vomito o da singhiozzo, da brivido, da rigidità muscolare della nuca.

Accanto a questo imponente complesso di manifestazioni riportabili alla cefalea, si ricordi che la cefalea può anche, sebbene di rado, mancare del tutto.

Vomito e vertigine. — Il vomito è spesso mattutino, e insorge in decubito controlaterale; si noti che esso non è preceduto dalla nausea e l'appetito è in genere ben conservato;

invece del vomito ci può essere il singhiozzo e infine esso può mancare del tutto. La vertigine compare con facilità nei movimenti bruschi del corpo, nell'abbassare il capo ecc.

Fenomeni a carico dell'occhio e dell'orecchio. — L'esacerbazione della cefalea può accompagnarsi a disturbi transitorii della vista e dell'udito, come fosfemi, annebbiamento della vista e ronzio alle orecchie.

L'*umore* è caratterizzato da una singolare euforia che contrasta con i sintomi generali, *la memoria* diminuisce rapidamente senza rapporti con la localizzazione del tumore, il rallentamento della parola, la disorientazione, le allucinazioni visive, la mancanza di iniziativa ecc. vanno considerati come *fenomeni generali,* e così pure la *sonnolenza.*

Fenomeni motori. — Attacchi epilettiformi generalizzati sono frequenti, qualunque sia la localizzazione del tumore; si possono avere tremori, contrazioni ritmiche e crampi delle estremità facilmente provocabili. L'*emiplegia* si può avere ma essa non ci permette di fare una diagnosi di sede. *Le anomalie di posizione* sono frequenti sopratutto nei tumori del cervelletto. Anche *la statica* e *la deambulazione* sono colpite, e l'A. afferma che un leggero oscillare nel Romberg o facendo chiudere gli occhi deve far pensare all'insorgere di un'affezione neuropatica; in un caso un piccolo tumore del cervello in un giovane si manifestò col fatto che questi, quando era in ginocchio, in chiesa, non riusciva a mantenere l'equilibrio e cadeva. Un altro malato con un tumore del verme aveva l'impressione di volare, camminando, e, quando andava in automobile, di stare con la testa in giù.

L'*aumento del tono e la rigidità* non sono caratteristici perchè possono essere dati da un semplice idrocefalo.

I disturbi della sensibilità colpiscono sopratutto il campo del trigemino e, in esso, la cornea, le guancie, la lingua.

Nel campo dei *riflessi* vanno accuratamente studiate le differenze tra destra e sinistra; il rallentamento dell'ammiccamento non è raro nei tumori del cervelletto e l'abolizione del riflesso corneale parla per un tumore dell'angolo pontocerebellare. Si possono anche avere disturbi della vescica che, in un caso di tumore del verme e del talamo, giungeva quasi fino al processo xifoideo e fece fare diagnosi di gravidanza!

L'*esame del sangue* può essere di notevole aiuto alla diagnosi, giacchè un'eosinofilia farà pensare ad una cisti di echinococco del cervello, come lo dimostrano i casi che sono minutamente descritti; un tumore dell'angolo cerebellopontino dette una linfocitosi del 39 %, e la leucocitosi è assai frequente, senza che si debba per questo pensare necessariamente ad un ascesso; *la temperatura* può presentare delle piccole elevazioni ma in genere si mantiene sotto la norma.

Dei fattori esogeni sembra avere una reale importanza il trauma che, se non provoca, può per lo meno risvegliare un tumore endocranico; sono poi frequenti i disturbi del ricambio, specialmente di quello degli idrati di carbonio.

Fatta o sospettata la diagnosi di tumore del cervello occorre stabilire se esso sia di natura primaria o secondaria, e qui si impone quella collaborazione dei neurologi e degli internisti che l'A. giustamente invoca. A questo fine si ricercheranno i tumori dei bronchi, dello stomaco, delle vie digerenti, dell'apparato genitale, e si esamineranno le varie stazioni glandolari e le glandole eterotope sotto la cute dell'addome e del torace. Si pensi poi alla tubercolosi ricordando che lesioni tubercolari possono decorrere senza dar reazione febbrile (il decorso di certi tubercoli del cervello e del cervelletto possono essere del tutto afebbrili); e che i tubercoli cerebrali si associano in genere a forme afebbrili torpide di tubercolosi del tipo osseo o linfatico. Si pensi poi alla possibilità di ascessi a carico dell'orecchio medio, di bronchi ectasici, o a localizzazione sotto diaframmatica; anche gli ascessi del cervello possono decorrere senza febbre.

Diagnosi differenziale. — Se le ricerche descritte saranno tutte negative occorre pensare ad un tumore primario: glioma, gliosarcoma, endotelioma, neurinoma dell'*acus ico.* Una lunga durata della malattia farà pensare ad un colesteatoma, ad una cisti d'echinococco, ad una siringomielia; i colesteatomi possono suppurare internamente dando il quadro clinico di un ascesso.

Quando i sintomi del tumore scoppiano all'improvviso si deve far la diagnosi differenziale con un aneurisma perforante dell'arteria comunicante anteriore; i crampi muscolari, la rigidità, eventualmente il Kernig, la glicosuria e il liquor emorragico sono i sintomi fondamentali: la prevalenza dei sintomi psichici nei tumori dei lobi frontali possono indurre in una falsa diagnosi di paralisi progressiva? Quando i primi sintomi compaiono apopletticamente è facile l'errore con processi acuti: emorragie della capsula, delle arterie basali, rammollimento, meningite ecc.); anche nelle emiplegie dei giovani ad insorgenza brusca bisogna sospettare un tumore del cervello.

La incostanza e la mutevolezza dei sintomi può far pensare all'isteria, la sonnolenza all'encefalite letargica, specie in epoca di epidemia, la cefalea molto intensa alla meningite sierosa e all'idrocefalo da meningite luetica.

L'*esame dei raggi Roentgen* fornisce sintomi diretti e indiretti; tra i primi vanno citate le neoformazioni, visibili quando si tratti di tubercoli, di cisti calcificate, di colesteatomi, di psammomi, avendo cura di escludere le calcificazioni dei vasi, le iperostosi e simili fattori di errore. Tra i secondi le modificazioni della teca cranica (impressioni digitate, assot-

tigliamento, deiscenza delle suture, dilatazione delle vene della diploe ecc.) e le modificazioni della base (allargamento e abbassamento della sella turcica, assottigliamento dei processi clinoidei, usura dell'*os petrosum* ecc.); infine lo spostamento della glandola pineale in avanti o di lato.

La pneumografia dei ventricoli laterali può riuscire utile.

V. SERRA.

Studi clinici sul sonno e sui sonniferi.

(A. FRIEDEMANN. *D. Med. Woch.*, n. 3, 1929).

Per la funzione del sonno la corteccia cerebrale non ha quell'importanza preponderante che fino a poco tempo fa le veniva assegnata. È probabile che per la funzione del sonno abbia particolare importanza il talamo; la funzione stessa risiede forse nella sostanza grigia che tappezza il terzo ventricolo. Fibre che dalla corteccia vanno al talamo, e altre che dal talamo vanno alla sostanza grigio-ventricolare, dànno origine allo stimolo che conduce al sonno. Il sonno sarebbe dunque una funzione attiva, e non soltanto uno stato di minore attività della corteccia cerebrale.

Si determina facilmente quale sia la profondità del sonno dopo somministrazione di sonniferi, controllando di mezz'ora in mezz'ora la qualità del respiro, il numero e l'entità dei movimenti, e al caso il polso. Nello studio sull'azione dei sonniferi è però necessario eliminare il fattore suggestivo.

I sonniferi si possono dividere in 2 gruppi: alcuni dànno luogo ad un sonno che si avvicina molto a quello fisiologico (uretano, paraldeide), altri invece determinano un sonno che si avvicina allo stato di narcosi. I sonniferi ad azione narcotizzante hanno la proprietà di determinare un sonno successivo fisiologico, dopo che è cessata l'azione narcotica vera e propria: dunque sonno forzato prima, « sonno successivo » poi. In pratica ci si può valere di quest'azione dei sonniferi di determinare un « sonno successivo », dando alle persone in età una sera del veronal, la sera successiva nulla; esse di solito dormono anche in questa ultima notte. Persone che devono essere sottoposte per dei mesi all'azione di sonniferi ricevono a turno una notte un sonnifero forte (veronal, luminal o idrato di cloralio) e una notte un sedativo leggero (bromurale, adalina, bromuro).

Mentre nell'insonnia dei nevrastenici si ha l'incapacità di trasformare la stanchezza in sonno, negli stati di psicosi l'insonnia dipende da insensibilità verso gli stimoli vegetativi in genere. Nel primo caso basta ricorrere a mezzi suggestivi e raramente a sonniferi leggeri (adalina, sedormiol, bromurale), nel secondo caso agiscono solo i sonniferi forti.

In alcuni casi di psicosi con stati di eccitazione è utile provocare un sonno che si protragga per giorni e notti di seguito; si ottiene ciò somministrando per 4 sere di seguito, 2 g. di sulfonal e 1 g. di trional; durante il giorno varie dosi di paraldeide.

POLLITZER.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

La diagnosi differenziale dei tumori polmonari.

(R. COBET. *Gazz. Osped. e Clin.*, n. 27, 1929).

I tumori più frequenti del polmone sono i cancri; i sarcomi sono più rari; si possono riscontrare anche metastasi di tumori maligni più vari.

Il cancro di solito si inizia nelle ramificazioni bronchiali, presso l'ilo, e di qui si estende verso la periferia del polmone. Il tumore può anche cominciare dai bronchi più sottili o dall'epitelio alveolare metaplastico del polmone, infiltrando successivamente il corrispondente lobo.

La diagnosi di certezza di tumore polmonare può esser fatta allorchè negli sputi vengono riscontrate le cellule caratteristiche, il che è possibile se vengono espettorati frammenti di tessuto relativamente grossi.

Nei casi di tumore si riscontrano spesso le cellule granulograssose di Lenhartz e le così dette cellule ad anello con castone degli essudati (epiteli vacuolizzati), tuttavia non patognomoniche.

Anche Quensel ha richiamato l'attenzione su speciali cellule neoplastiche negli essudati: sono grosse cellule, di 20-40 μ di diametro, che si colorano più intensamente delle altre, con uno o più nuclei voluminosi, e nucleoli molto grossi (3-4 μ).

Il cancro che si sviluppa nelle ramificazioni bronchiali di 1° e 2° ordine, si può vedere con la broncoscopia; in mancanza di tale rara evenienza bisogna accontentarsi dei sintomi più o meno incerti, di cui nessuno ha un'importanza decisiva.

Contrariamente a quanto accade per cancri localizzati in altri organi, nei primi momenti la cachessia è rara; può anzi aversi aumento di peso; il decadimento rapido si ha negli ultimi stadi.

Fra i sintomi precoci ricordiamo la tosse ed i dolori; questi ultimi sono a senso gravativo, sordi, e negli ultimi stadi possono assumere il tipo nevralgico, con irradiazioni nella spalla e nel braccio: ogni nevralgia intercostale ribelle deve far sorgere il sospetto, specialmente se sono assenti segni di pleurite.

Altro sintomo importante è l'emottisi, sopratutto se si presenta in persone anziane, e come prima volta; l'emottisi può essere abbondante, o ridursi a strie sanguigne nell'espettorato; lo sputo gelatina di lampone, riferito nei

trattati, non è nè frequente nè patognomonico per il tumore.

Un grande valore, sec. l'A., ha la dispnea, la quale è precoce e maggiore di quanto possano giustificare i sintomi fisici forniti dall'esame polmonare. Essa è spiccata specialmente nei casi di carcinosi miliare.

La curva termica non ha nulla di caratteristico; l'anemia non è frequente.

La formula ematica non è modificata che nel senso d'una spiccata eosinofilia; tale reperto, insieme alla dispnea, può indurre in errore, facendo formulare la diagnosi di asma bronchiale.

All'ispezione talora si può notare una diminuzione dell'escursione toracica del lato malato, e negli ultimi stadi anche una sporgenza sul torace; non è raro però notare una retrazione toracica, con spazi intercostali ristretti e decorso delle coste verticale.

L'esame fisico è negativo o scarso nei casi iniziali o centrali; quando il tumore ha raggiunto la periferia si ha ottusità assoluta o lignea sulla zona neoplastica, con assenza completa del murmure e di ogni rantolo; il fremito vocale tattile è ridotto. Se nelle vicinanze si stabiliscono zone di compressione con atelettasia, si può ascoltare respiro bronchiale leggero, con pochi rantoli.

Ha importanza per la diagnosi differenziale la localizzazione dell'ottusità: se il tumore si inizia dall'ilo, e si estende in alto, l'ottusità si estrinseca anteriormente, al di sopra dell'ottusità cardiaca; se invece appartiene al lobo inferiore, l'ottusità è posteriore, in corrispondenza dell'ilo, presso la colonna vertebrale.

Ai raggi il tumore all'inizio appare come un'ombra, a forma di fungo, di aspetto omogeneo.

Dapprima i margini sono netti, poi diventano irregolari, con ramificazioni a forma di rete, corrispondenti alle ramificazioni bronchiali, da alcuni interpretate come il prodotto d'infiltrazione carcinomatosa dei vasi linfatici, da Fleischner considerate come il secreto che ristagna nei bronchi.

I margini del tumore diventano netti, allorchè il tumore raggiunge la periferia dell'organo.

Sintomi indiretti sono costituiti dalla stenosi secondaria dei grossi bronchi. Il punto stenosato del bronco si appalesa all'ispezione con il rientramento inspiratorio localizzato, più evidente che sul resto del torace. In corrispondenza della stenosi il murmure è spesso accompagnato da un leggero fischio.

Nei grossi tumori che si fondono, la sintomatologia può assumere l'aspetto d'una gangrena od ascesso polmonare.

Complicazioni sono: la bronchiettasia in seguito alla stenosi bronchiale, polmoniti, empiemi, pleuriti con liquido tra l'essudato e il trasudato, ove possono trovarsi le cellule di Quensel.

Una pleurite che si sviluppi lentamente, senza febbre, deve far sorgere il sospetto di tumore; se si sottrae il liquido pleurico, ciò non arreca alcun beneficio al paziente, mentre il liquido si riforma rapidamente.

Un reperto importante è costituito dalle metastasi, le quali di regola avvengono nelle ghiandole linfatiche peribronchiali e mediastiniche: queste si appalesano coi sintomi di compressione sul frenico e sul ricorrente, e con quel corteo sintomatologico che accompagna i tumori mediastinici.

Le metastasi avvengono per via ematica, nelle ossa; è quindi facile riscontrare una dolorabilità alla pressione delle ossa.

Nella diagnosi differenziale bisognerà pensare alla polmonite cronica, alla tubercolosi polmonare nelle sue varietà indurative cirrotiche nodose, alla sifilide, all'actinomicosi, alla gangrena ed ascesso polmonare, agli echinococchi, ed infine ai tumori extrapolmonari: dei criteri differenziali potranno guidare verso una giusta diagnosi. Carusi.

Sifilide del polmone con arterite polmonare.

(Konstam. *The Lancet*, 12 ott. 1929).

Il primo a descrivere alterazioni dell'arteria polmonare nelle affezioni croniche del polmone è stato Laënnec; Andral trovò che l'arteria polmonare può presentare le medesime alterazioni dell'aorta. Huchard sostenne che l'arteria polmonare è, fra le grandi arterie, la meno colpita dall'ateroma. Romberg nel 1901 riferì il caso di un giovane di 24 anni che aveva sclerosi dell'arteria polmonare e delle sue branche, con ipertrofia del ventricolo destro senza causa apparente e che presentava come sintomi predominanti negli ultimi mesi di vita dispnea e cianosi. Alla possibile origine luetica pensò il Sansone, che nel 1896 riassunse l'argomento mettendo fra le cause anche l'endocardite settica, i vizi congeniti, la stenosi mitralica e le malattie ostruenti del polmone.

Ayerza nel 1901 parlò dei « cardiaci neri »; la stessa sindrome di Ayerza fu poi messa in rapporto da Escudero nel 1905 colla sclerosi dell'arteria polmonare ed ipertrofia del ventricolo destro. Il nome di malattia di Ayerza fu usato dal Marty nel 1909. Rogers, pure nel 1909, sostenne l'origine luetica dell'ateroma dell'arteria polmonare. Nel 1911 Escudero associò nei cardiaci neri la sclerosi della polmonare colla sifilide bronchiale.

Arrillaga pubblicò nel 1913 una monografia sull'argomento, dando importanza a tutti i fattori capaci di provocare enfisema e insistendo sul fatto che nei soggetti con lues, malaria o intossicazioni croniche si aveva un processo di sclerosi della polmonare; solo in lavori successivi insiste in modo particolare sull'origine luetica.

Warthin per primo nel 1917 dimostrò la presenza dello *Spironema pallidum* nella parete dell'arteria polmonare in caso di arterite con aneurisma di questa arteria. Quattro anni dopo lo stesso reperto ebbe Elizaldo in un malato di Arrillaga.

Sclerosi primaria dell'arteria polmonare. Sebbene ne siano stati descritti parecchi casi, è dubbia l'esistenza di questa forma primaria, non luetica. Ne dubita specialmente il Turnbull. Però, sebbene secondaria a lues, si può chiamare primaria nel senso che non è secondaria a lesioni del polmone.

Definizione della malattia di Ayerza. È una malattia clinicamente caratterizzata da cianosi, dispnea, emottisi, dita a bacchetta di tamburo, eritrocitemia secondaria; prima della morte vi si sovrappongono tutti i sintomi dell'insufficienza cardiaca. La cianosi è così intensa da giustificare l'espressione « cardiaco nero ». La sindrome è dovuta a lues del polmone e dell'arteria polmonare.

I due sessi sono ugualmente colpiti, e per lo più fra i 20 e i 50 anni di età. Tosse ed espettorazione possono essere stati presenti da molti anni. Il quadro è dato da dispnea, cianosi, cefalea persistente e sonnolenza. Di regola ci sono ortopnea ed emottisi. Spesso senso di oppressione toracica specialmente dopo sforzi. La sonnolenza che accompagna questi sintomi attenua le sofferenze del malato. La cianosi si accentua sempre più; la morte è per lo più preceduta da fenomeni congestizi di insufficienza cardiaca. La malattia può durare due anni soli o molti di più. Durante la sua durata la temperatura è subnormale, il polso frequente (attorno a 100) come pure il respiro.

La pressione sanguigna arteriosa è normale. Le dita a bacchetta di tamburo si vedono nella maggioranza dei casi. Il II tono sulla polmonare è accentuato. L'espettorazione può essere abbondante (da 5 a 15 once al giorno). I muscoli inspiratori accessori entrano in funzione; alla percussione le basi polmonari sono abbassate e all'ascoltazione il murmure è affievolito e l'espirazione prolungata; alle basi ci sono ronchi e crepitazioni. Sopraggiunta l'insufficienza cardiaca si ha anasarca ed epatomegalia. Gli eritrociti raggiungono i 5-10 milioni con emoglobina normale e il valore globulare è superiore a 1.

Radiologicamente si ha ingrandimento globoso dell'ombra cardiaca, l'arteria polmonare allargata si vede pulsare vigorosamente e in posizione obliqua può apparire aneurismatica. Inoltre l'ombra delle due basi polmonari è ingrandita e densa e si possono vedere dei vasi pulsanti e appaiono segni di enfisema (posizione orizzontale delle clavicole e delle costole, spazi intercostali larghi, diaframma basso e poco mobile).

L'*elettrocardiogramma* mostra predominanza notevole del ventricolo destro.

La *diagnosi differenziale* può essere molto difficile; si fa colle malattie croniche del polmone e della pleura, colle lesioni valvolari croniche del cuore specialmente colle stenosi mitraliche, coi vizi cardiaci congeniti, con deformità toraciche, colla malattia di Vaquez-Osler. Bisogna ricordare che congestione e cianosi della faccia e del collo possono dipendere da glandole mediastiniche, da tumori toracici, da aneurisma aortico.

Cura. Le migliori speranze di successo si hanno agli inizi della malattia. Stabilitasi la cianosi, poco si può fare. La cura antiluetica si deve fare anche se la Wassermann è negativa. Il salasso può essere utile quando c'è cefalea persistente o frequenti emottisi. Possono anche giovare le somministrazioni di ossigeno.

L'A., dopo aver fatto questa rivista sintetica sull'argomento, riferisce un caso personale corredato da accuratissima autopsia, da cui risultò distruzione di molti alveoli polmonari sostituiti da tessuto fibroso, bronchiettasie, enfisema e endarterite obliterante della maggior parte delle arterie polmonari di media e piccola dimensione e di qualcuna delle grandi. L'infiammazione polmonare era tutta interstiziale. Non fu trovata la spirocheta pallida. Nelle arterie polmonari libere da infiammazione c'era ipertrofia dell'intima.

R. LUSENA.

La collassoterapia nell'echinococco polmonare.

(C. LEONE. *Cultura Medica Mod.*, n. 24, 31 dicembre 1929).

Questo metodo non fu applicato che da cinque o sei autori, più non se ne trovano nella letteratura. Ad Alexander di Davos spetta il merito di avere per primo praticato il pneumotorace con intento curativo nell'echinococco polmonare. In passato si era riferito qualche caso da due chirurghi uruguaiani, A. Fossati e P. De Pena, ma in modo troppo vago. Nel 1921 e 1922 Blanco Avecedo e Ecludero confermarono teoricamente la utilità del metodo; e nel 1924 Blanco Fortacin ebbe un primo successo. Dopo si ebbero Passerau e Deve che si interessarono dell'argomento.

L'A. illustrato minutamente un caso personale, di cui pubblica interessanti radiografie e che ebbe un esito felice fino alla totale scomparsa dell'ombra radiologica cistica, fa delle interessanti considerazioni.

La cisti idatidea del polmone si può portare a guarigione per due vie: 1) o per eliminazione del contesto dei tessuti, che può essere spontanea per via bronchiale, o chirurgica per via parietale, ovvero 2) per morte della cisti che resta però nell'organismo.

Il pneumotorace può rappresentare un mezzo per forzare la eliminazione per via bronchiale, e può pure giungere, sebbene da alcuni si ne-

ghi a produrre la rottura della cisti, tempo preliminare della eliminazione.

La cisti a contatto di un bronco esercita lentamente un'azione necrotizzante, finchè ne perfora la parete e viene a sporgere liberamente nel bronco a contatto con la sola pressione atmosferica.

Un pneumo a lieve pressione positiva spinge il liquido verso l'unico punto ove non si ha la pressione, cioè dove esiste la rottura bronchiale e finisce per provocarne la rottura e la eliminazione del liquido cistico, come accadde nel caso dell'A.

La pressione deve essere positiva solo nel caso di cisti grosse e spesse, perchè nelle altre basta la pressione a O. che porta l'equilibrio endopleurico endopolmonare. Ciò permette alla elasticità polmonare, non più utilizzata nella respirazione, di esplicarsi tutta sulla cisti comprimendola continuamente.

Rottasi la cisti il pneumo tenderà sempre a eliminare il liquido e la cisti in modo sempre più completo.

La rottura provocata dal pneumo crea delle condizioni più favorevoli che in caso di rottura spontanea, perchè la cisti si infetta più difficilmente per il maggiore collabire delle pareti; di più non sappiamo di quanto vengano accresciuti i poteri immunitari a causa della mutata funzione statica e dinamica indotta dal pneumo, ma ciò va comunque tenuto in conto.

L'organismo normale lotta contro l'echinococco anche per mezzo di reazioni umorali dimostrate dalle modificate condizioni del siero sanguigno (Weinberg); ora è verosimile che questi fenomeni difensivi siano più intensi quando il polmone è in riposo funzionale.

L'A. emette perfino l'ipotesi che la rottura venga facilitata per speciali anticorpi secreti in maggiore quantità ed aventi azione disgregante.

Di più nelle rotture spontanee con vomica si possono avere delle emorragie così imponenti da richiedere come *extrema ratio* un pneumo d'urgenza emostatico. Un pneumo già in atto al momento della vomica sarebbe il metodo più acconcio per prevenire emorragie pericolose.

È importante stabilire bene la localizzazione della cisti (corticale o centrale) perchè secondo l'A. si potrebbe prevedere la sede di rottura di essa. Nelle forme sottopleuriche si potrebbe temere la rottura nella pleura con quali conseguenze è facile immaginare, per fortuna in questi casi specialmente vi sono delle aderenze che proteggono.

Anche la possibilità di svuotamento è varia in rapporto alla localizzazione. Più sarà alta la cisti e più il deflusso sarà facile, più è vicina a bronchi grandi idem. Se la cisti è posta vicino all'ilo polmonare l'effetto della compressione col pneumo è scarsa o nulla poichè la cisti tende a sfuggire medialmente.

Una volta rotta e svuotata la cisti, l'azione cicatrizzante è favorita dallo pneumo in modo eguale qualunque sia la sede.

Le aderenze controindicano in genere il pneumo, più ancora nel caso di echinococchi perchè qui l'aderenza impedisce proprio quella azione compressiva diretta, locale che sola cerchiamo.

La rottura è tanto più facile quanto più il volume della cisti è grande; è quasi impossibile nelle cisti piccole.

Tutti sanno i gravi fenomeni che seguono alla rottura spontanea della cisti, od alla sua brusca apertura chirurgica, tanto più gravi quanto più la rottura sarà improvvisa; in questo il pneumo pare essere meno pericoloso dell'intervento poichè per la pressione graduale, la rottura viene, per così dire, gradualmente preparata, e forse la cisti viene a rompersi dopo avere perduta parte della sua tossicità.

Dopo discussioni ampie tutte ugualmente interessanti ma che non è possibile riportare estesamente, l'A. viene alle seguenti conclusioni:

Il pneumotorace, quando ad esso non si oppongano controindicazioni generiche o specifiche, deve essere preferito all'intervento chirurgico. Può essere utile tanto nelle cisti chiuse come nelle aperte. Nelle cisti profonde, difficilmente aggredibili, quando queste non presentino dopo la vomica tendenza alla guarigione spontanea, rappresenta l'unico mezzo di cura. Evita tutti i pericoli generici e specifici dell'intervento. Non determina aderenze che susseguono invece a qualunque intervento sulla pleura. Non porta complicanze postoperatorie e tardive. L. TONELLI.

La cura chirurgica delle suppurazioni polmonari. I. Ascesso e gangrena polmonari.

(NISSEN. *Der Chirurg.*, vol. 1, fasc. 25, pag. 1153, 1929).

Premessa a un buon esito della cura è la sicurezza nella diagnosi. È spesso difficile una diagnosi differenziale tra ascesso e caverna, e in genere, con le alterazioni tubercolari. Hanno importanza i focolai situati vicino all'ilo con tendenza alla fluidificazione e di questi specialmente l'infiltrazione precoce infraclavicolare perchè spesso in questi casi, mancano bacilli nell'espettorato. Errori diagnostici possono esser dovuti a cancri che per distruzione progressiva della zona centrale possono dare radiologicamente e clinicamente, il tipo dell'ascesso. In genere però è più facile l'errore opposto. Altri errori sono dovuti all'empiema interlobare, a cisti da echinococco rotte nei bronchi, a cisti solitarie del polmone; praticamente però in questi casi, l'errore non ha importanza.

Dal punto di vista della cura è necessario distinguere nettamente gli ascessi in acuti e cronici. In generale bisogna attendere 6-8 settimane dall'inizio e tentare di ottenere una gua-

rigione con cure mediche. Spesso se si tratta di ascessi piccoli, specie se vicini all'ilo, si ha una guarigione spontanea.

Solo in due casi occorre intervenire precocemente:

1) la gangrena a decorso rapido, con sintomi generali gravi è una indicazione netta a mettere in riposo il polmone colpito. È da sconsigliarsi il pneumotorace che quasi sempre in questi casi è seguito da pleurite cangrenosa mentre è indicata la frenico-exeresi e il piombaggio estrapleurico. Il salvarsan dà pochi risultati;

2) i casi di rottura di un ascesso in pleura libera. I segni della perforazione sono tipici: dolore improvviso con collasso, cessazione dell'escreato, ottusità toracica. In questi casi l'intervento meno aggressivo è il migliore ed è sufficiente un drenaggio con aspirazione. Si procederà invece a una resezione costale ampia quando per aderenze si sia costituita una pleurite saccata e con questo intervento si potrà individuare e allargare la perforazione.

L'indirizzo curativo deve essere quello di evitare di intervenire direttamente sul focolaio a meno che non si tratti di grandi quantità di pus o di una situazione molto superficiale della lesione.

Premessa per l'apertura dell'ascesso deve essere sempre l'obliterazione dello spazio pleurico nella regione dell'intervento. L'unico metodo sicuro per determinare la formazione di aderenze è il piombaggio estrapleurico. Bisogna stabilire anzitutto la sede della lesione rispetto al torace sia radiologicamente che clinicamente. Ha valore grandissimo il dolore alla pressione in un punto dello spazio intercostale. L'intervento viene eseguito in anestesia paravertebrale. Se l'ascesso è del lobo inferiore si eseguirà una incisione arcuata che dà un vasto campo; se si vuole aggredire il lobo superiore posteriormente occorre aggiungere una seconda incisione che permetta di sollevare la scapola. Lateralmente, l'incisione più appropriata è la verticale, anteriormente una incisione diretta perpendicolarmente alle fibre del pettorale.

Si resecano 2-3-4 costole sottoperiostealmente per 4-5 cm., poi dopo legatura dei vasi si escide col periosto i tessuti dello spazio intercostale fino alla pleura costale. Si vedrà allora se la pleura è o non aderente. In quest'ultimo caso si stacca tutt'attorno la pleura costale per 3-4 cm., dalla parete e si applica uno strato di paraffina di 2-3 cm. ancora modellabile facendo in modo che venga trattenuto ai lati dai monconi costali. La paraffina viene così preparata: 75 cmc. di paraffina fusibile a 58°, 25 cmc. di p. s. a 43-44°. Si fondono assieme e si aggiunge 1 gr. di carbonato di bismuto e 0,05 di vioformio. Sterilizzazione a vapore fluente per un'ora in due giorni consecutivi. Per l'uso si raffredda a 37° e si modella a seconda della breccia.

Nella dissezione della pleura costale questa può strapparsi; piccole lacerazioni vengono chiuse subito, più grandi richiedono l'applicazione della differente pressione e se non possono venir suturate controindicano l'applicazione del piombaggio. In questi casi si ribatte subito il lembo e lo si sutura a tenuta.

Se bisogna affrettare la durata dell'intervento per le condizioni generali del malato o perchè più che la formazione delle aderenze, interessa l'azione comprimente del piombaggio come nelle bronchiettasie, si procede come per le caverne tubercolari resecando una costola, scollando la pleura perietale e fissando *in sito* la paraffina mediante la stessa costola resecata e fissata con osteosintesi.

L'azione del piombaggio è triplice. Spesso, per la semplice azione compressiva si ottiene la guarigione di piccoli cavi e dopo 6-8 settimane si può asportare la paraffina. Alle volte il pus si fa strada spontaneamente, attraverso il parenchima atelettasico, nel letto del piombaggio. Allora si riapre la ferita, si toglie la paraffina, si allarga con il cauterio l'apertura dell'ascesso e si tampona.

Ma di regola non succede così. Dopo 2-3 settimane si leva il piombaggio e si procede all'apertura dell'ascesso con il termocauterio. Se non si trova subito l'ascesso occorre praticare delle punture esplorative: se ne facciano poche e mai attraverso la parete toracica integra.

La pneumotomia non porta sempre a guarigione. Si hanno piccoli focolai vicini da polmonite da aspirazione con tendenza a un esito in ascesso. L'estensione delle resezioni costali eseguite porta a una diminuzione della forza di espettorazione e, specie per il lobo superiore, può determinarsi, di conseguenza, un'aspirazione del secreto. Un'altra complicazione, per fortuna rara, è il distacco delle aderenze pleuriche.

Modificazioni a queste regole generali possono determinarsi per opera di localizzazioni e forme speciali dei focolai.

Se la localizzazione è prevalentemente basale si deve cominciare con una frenico-exeresi. Negli ascessi dell'ilo non si può fare a meno del piombaggio. Speciali difficoltà di cura rappresentano gli ascessi multipli che si trovano sul decorso delle diramazioni bronchiali. Si sviluppano per lo più nel lobo inferiore, in vecchi, dopo broncopolmoniti grippali o postoperatorie. Spesso radiologicamente non si può decidere se si tratti di ascessi o di bronchiettasie. In questi casi la pneumotomia in un punto non è sufficiente e si richiedono più interventi. Conviene incidere il lobo in più direzioni e ciò porta facilmente a gravi complicazioni: emorragia, embolia gassosa. In questi casi si facilita l'intervento con la mobilizzazione del lobo polmonare.

Si disseca il lobo per via ottusa in modo da ottenere talvolta una liberazione così estesa che permetta di contenere nella mano il lobo, di apprezzare palpatoriamente i focolai e di aprirli direttamente. Se la cavità ascessuale è grande e il tessuto funzionante scarso, si può

ricorrere alla estirpazione del lobo. Si può sezionare la radice dopo legatura in massa ma è preferibile ricorrere alla eliminazione spontanea annodando solidamente un tubo di gomma all'ilo e fissandolo con punti al parenchima. Il cavo residuo si riempie rapidamente.

Ascessi da corpi estranei vengono trattati come ascessi comuni. Se gli ascessi sono piccoli possono guarire dopo asportazione del corpo estraneo per via broncoscopica. Nell'asportazione di proiettili bisogna usare sempre del piombaggio.

Operazioni combinate sono richieste dagli ascessi da propagazione. In questi casi si intervenga prima sul polmone, poi sul focolaio principale (ascesso del fegato, diverticolo esofageo, ecc.).

La guarigione di un ascesso polmonare è segnata dall'apiressia, dalle modificazioni dello sputo, dallo stato della ferita.

Possono residuare frequentemente fistole bronchiali. L'intervento in questi casi deve essere proporzionato alla grandezza della fistola. Nei casi di polmone a graticciata, si inizia con un esteso disossamento della parete toracica e dopo alcune settimane alla asportazione dell'epitelio sec. Garrè-Lebsche. Se è interessato tutto un lobo si praticherà la resezione o l'estirpazione di esso. Piccole fistole bronchiali si chiudono dopo escissione della mucosa e plastica cutanea.

(L'A., aiuto di Sauerbruch, si basa, nella sua esposizione, sulla vasta esperienza della Clinica di Berlino). VALDONI.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

ETTORE MARCHIAFAVA. *L'eredità nella patologia.* XIII fascicolo del Trattato di Anatomia Patologica, pubblicato dal † prof. PIO FOÀ. Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1930-VIII. L. 18.

In questo fascicolo di 174 pagine Ettore Marchiafava, insuperabile Maestro di Anatomia Patologica e clinico illustre, tratta con limpida profondità di pensiero il difficilissimo capitolo della eredità nella patologia. Nella prima parte: Nozioni sulla dottrina dell'eredità, ha condensato in otto paragrafi quanto deve essere conosciuto dal medico intorno alla scienza dell'eredità o genetica, trattando successivamente: il concetto generale dell'eredità; la citologia nella dottrina dell'eredità; la teoria del plasma germinale; lo studio sperimentale dell'eredità iniziato da Mendel; le applicazioni della dottrina di Mendel alla eredità delle proprietà normali dell'uomo; le mutazioni e le variazioni da cause esterne; la questione dell'eredità dei caratteri acquisiti; le leggi premendeliane e mendeliane della eredità. Da questa prima parte si acquistano quelle nozioni di genetica che servono ai medici di necessaria preparazione alla seconda parte della eredità nella patologia. In quattro paragrafi è svolta la parte generale di questa cioè: l'origine dei fattori nelle malattie ereditarie; le antiche distinzioni della eredità patologica; il giudizio intorno alla natura ereditaria delle deformità e delle malattie; la divisione delle malattie ereditarie. La parte speciale comprende quindici paragrafi, nei quali è svolta l'importanza della eredità nelle malformazioni, nelle malattie dei vari organi e apparecchi, per concludere coll'applicazione pratica della scienza della eredità, coll'eugenica, la quale è diretta al miglioramento e al perfezionamento della razza, e che per il medico significa la difesa della discendenza dai mali ereditari. Nella trattazione di questa parte speciale della eredità nella patologia, che è riuscita straordinariamente chiara, completa e di piacevole lettura, l'A. si giova della sua lunga e illuminata esperienza personale.

Siamo convinti che questo libro del grande Maestro di patologia, che pure nella tarda età continua instancabile nel lavoro, riuscirà gradito e utile ai medici e agli studenti di medicina. A. NAZARI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

G. e F. KLEMPERER. *Neue deutsche Klinik. Handwörterbuch der praktischen Medizin.* Un vol. in-8° di 805 pag., con 225 fig. e 10 tavole, in parte colorate. Urban e Schwarzenberg ed. Berlino e Vienna, 1929. Prezzo Marchi 33; rilegato Marchi 40.

Abbiamo già data notizia dei due precedenti volumi di questa pregevole opera, vera enciclopedia di medicina pratica, che abbraccia la medicina, la chirurgia e tutte le varie specialità. La materia è disposta per ordine alfabetico ed, in questo volume, va dalla Echinococcosi (Echinokokkenkranlheità) alle malattie delle articolazioni (Gelenkkrankheiten).

Fra le singole monografie, tutte dettate da specialisti, citiamo come interessanti e di larga trattazione, l'eczema (Kromayer), l'encefalite letargica (v. Economo), l'endocardite (Paessler), l'endometrite (Schröder), le fratture (Kirschmer e Ellmer), capitolo che comprende un centinaio di pagine con un centinaio di figure, le deformità dei piedi e degli arti inferiori (Stracker), la calcolosi biliare (Lichiwitz e Renner), i tumori cerebrali (Pette), la febbre gialla (da Rocha Lima), ecc.

A questo volume è annesso l'indice dei tre primi volumi, di grande utilità per le ricerche.

fil.

H. GÜNTHER. *Ueber Konstitutions therapie.* Berliner Klinik, fasc. 410. Edit. Kornfeld, Lipsia 1929.

Il fascicolo, di pag. 32, raccoglie l'esposizione delle idee di Günther su ciò che dovreb-

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

be guidare l'indirizzo terapeutico del medico, la costituzione individuale.

Come e perchè si debba tener conto oltre che della malattia anche della costituzione dell'individuo, ecco il compito prefissosi dall'A. Questo libro di oggi se non illustra un problema nuovo, riuscirà utile a chi voglia seguire questo concetto anche nella somministrazione dei preparati moderni, perchè insegna a prescriverli tenendo conto dell'individuo.

VALDONI.

A. LUNEDEI-A. GIANNONI. *Il dolore viscerale*. Un vol. in-8° di 358 pag. con 56 fig. L. Cappelli, Bologna, 1929. L. 60.

Lo studio del dolore viscerale è della massima importanza per la diagnosi, tanto più che spesso è proprio la presenza di qualche fenomeno doloroso che richiama l'attenzione del paziente sulla malattia che si inizia. Ogni viscere ha una sua area di proiezione sensitiva per cui, spesso, una determinata localizzazione del dolore rivela la malattia di un viscere anche lontano.

Gli AA. esaminano qui il meccanismo di produzione e di trasmissione del dolore ed i suoi caratteri generali, studiando il problema nelle sue linee generali e nel suo significato biologico. La seconda parte è essenzialmente d'indole pratica, esaminando il dolore nelle diverse affezioni pleuro-polmonari, cardio-aortiche, del fegato, dei reni, ecc. Buone figure e schemi rendono più dimostrative le descrizioni.

fil.

F. R. DE PARTEARROYO. *Modernos estudios de tubercolosis pulmonar*. 131 pag., con 66 figure. J. Morata, edit. Madrid, 1930.

Raccolta di dieci lavori pubblicati dal de Partearroyo e dai suoi assistenti; riguardano l'etiologia della tubercolosi, alcuni rilievi semeiologici, i tentativi terapeutici con la sanocrisina. Interessante è uno studio sperimentale sul lavaggio polmonare e sul pneumo selettivo. L'edizione è curata in tutti i particolari.

MONTELEONE.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 22 febbraio 1930.

Presiede il Prof. S. BAGLIONI, vice presidente.

Sul respiro alternante.

Prof. MELDOLESI G. — L'O., premesso che il primo caso di questa rara forma fu studiato da Hofbauer e che in tutto se ne trovano tre casi soltanto nella letteratura medica, passa ad illustrare due casi personali, l'uno riscontrato in un ammalato di perniciosa meningea, l'altro in un'ammalata di nefrite gravidica. Con la proiezione delle relative grafiche l'O. dimostra che si tratta effettivamente di respiro alternante e non di respiro pseudoalternante. Infine l'O. fa rilevare come nel primo dei suoi due casi, la sindrome non può essere riferita a fatti uremici, esistendo una perfetta funzionalità renale ed una normale azotemia.

Guarigione dei tossicomani mediante l'autosieroterapia con siero da vescicante.

Dott. P. MODINOS. — La comunicazione è letta dal Socio dott. A. Torella il quale fa precedere parole di stima nei riguardi del Socio corrispondente all'estero dott. Modinos, che fu suo Aiuto nell'Ospedale Italiano di Alessandria d'Egitto, dove ora è Direttore.

L'O. comunica che il dott. Modinos, in base ad una lunga esperienza datante ormai da venti anni, afferma che si può ottenere la completa e definitiva guarigione dei tossicomani, praticando loro l'autosieroterapia, mediante la sierosità da vescicante. Poche iniezioni bastano per spegnere nei tossicomani il bisogno dell'alcaloide cui sono abituati e per produrre perfino un senso di disgusto. Molti casi di guarigione di cocainomani, morfinomani e di altri tossicomani, vengono portati ad esempio dell'efficacia terapeutica reale del metodo, il quale si presenta di facile attuazione ed alla portata di qualsiasi medico.

Circa il meccanismo d'azione del metodo stesso, il Modinos inclina a credere che possa essere intraveduto nella presenza sul siero da vescicante di questi malati, di sostanze antitossiche, simili agli anticorpi.

Il prof. Puntoni, mentre dichiara di non volere entrare nel merito ai risultati ottenuti dal dott. Modinos, fa rilevare come sia poco probabile il meccanismo d'azione intraveduto dal dottor Modinos, perchè è noto che l'inoculazione dei cristalloidi in genere, non determina mai la presenza di sostanze antagoniste nell'ambito del torrente ematico, mentre l'assuefazione ad alcuni di essi avviene piuttosto per modificazioni endogene ben note ancor prima dell'era immunitaria sotto il nome di mitridatismo.

Il dott. Torella fa rilevare che il dott. Modinos si è preoccupato soprattutto del lato pratico della questione, determinando molti casi di guarigione col suo metodo, mentre non ha compiuto studi sistematici sul meccanismo d'azione. Esprime il voto che il metodo Modinos per la cura dei

tossicomani possa essere sperimentato da quei Soci dell'Accademia che avranno l'occasione di dover curare dei tossicomani.

Il vice presidente prof. BAGLIONI ringrazia vivamente il dott. Torella per la lettura dell'interessante comunicazione del dott. Modinos e si associa personalmente al voto suddetto.

Risultati lontani della cura alla Durante nella epididimite tubercolare.

Dott. V. LOZZI. — L'O., dopo breve riepilogo delle odierne cognizioni circa la patogenesi della orchite tubercolare, fa una rapida rassegna sui risultati ottenuti mediante la cura chirurgica, ponendoli in raffronto con i risultati ottenuti con la cura Durante, che consiste nella inoculazione di liquido iodo-iodurato nello spessore dell'epididimo ammalato. Risulta dalle osservazioni dell'O. che la cura Durante può considerarsi come il vero metodo di elezione, e che se essa è ben condotta e proseguita per un termine vario da un mese ad un anno, a seconda dei malati, fistolizzati o no, determina la guarigione definitiva, controllata a non meno di tre anni di distanza, in non meno dei tre quarti dei malati.

Comportamento del rapporto cardio-respiratorio in gravidanza.

Dott. F. PERRINI. — L'O., dopo breve rassegna degli studi finora compiuti sul rapporto cardio-respiratorio, comunica i risultati che ha ottenuto con l'osservazione di tal rapporto nelle gravide, concludendo che negli ultimi giorni del puerperio si ha abbassamento del valore medio del rapporto cardio-respiratorio. Tale abbassamento è determinato da un lato dall'aumentato ritmo respiratorio, dall'altro dalla bradicardia vagale che si verifica nelle gravide.

Il prof. Pestalozza rileva che le osservazioni del Perrini concorrono a dimostrare come il fatto dell'abbassamento del r.c.r. non è dovuto solo a fatti meccanici, determinanti una dispnea di frequenza, ma anche da altri fattori biologici, probabilmente ormonici.

Il Segretario: V. PUNTONI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Seduta del 24 gennaio 1930.

Presidente: Prof. G. GALEAZZI.

Di un esito insolito di epatite sifilitica interstiziale.

Dott. LONGHITANO AGATINO. — In una donna di anni 41, affetta da sifilide ed opportunamente curata per questa, deceduta in seguito ad insufficienza miocardica, si rileva all'autopsia un singolare quadro anatomico del fegato, rappresentato oltre che da aumento di volume, peso e consistenza e da un colorito rosso scuro con chiazzature diffuse più intensamente colorate della superficie di sezione dell'organo — esponenti di stasi recente — dalla presenza di una regolare rete fibrosa a larghe maglie, uniformemente distribuita in superficie e nel parenchima dello stesso senza deformarlo. Quest'ultimo particolare è risultato determinato da una epatite sifilitica interstiziale diffusa che si è arrestata (forse a seguito di opportuno intervento terapico) nel suo processo infiltrativo-produttivo evolvendo verso la sclerosi prima che intervenissero quelle fasi distruttive del parenchima, che dànno di solito per la stessa causa quadri anatomici notevolmente diversi (cirrosi, fegato lobato, ecc.).

Efficacia della Roentgenterapia in metastasi carcinomatose delle ossa.

Dott. RATTI ARDUINO. — Premesse alcune considerazioni sopra il significato da attribuire ai risultati della radioterapia delle metastasi neoplastiche, l'O. rende conto di un caso di osservazione personale, nel quale, a distanza di alcuni mesi dall'inizio della röntgenterapia si potè constatare la riparazione di gravi alterazioni ossee, dovute a metastasi da carcinoma mammario operato. Dopo un anno dall'inizio della cura i risultati ottenuti si mantenevano perfettamente. L'O. cita poi brevemente qualche altro caso di osservazione diretta e ne ricorda alcuni analoghi della letteratura.

Prende quindi la parola il prof. PERUSSIA, il quale riferisce di un caso simile da lui osservato, in cui si ebbero pure brillanti risultati.

A proposito delle cause che possono spiegare questi esempi di favorevole decorso, l'O. ritiene che esse siano assai difficili da determinare, restando solo la ulteriore evoluzione ad ammaestrarci sopra la relativa minore malignità della forma morbosa.

Scapola alata ed immagine Roentgen del torace.

Dott. ROSARIO MARZIANI. — L'O. descrive una zona di rischiaramento di forma varia (triangolare, semilunare, ecc.) che si sovrappone in date circostanze alle immagini Roentgen degli organi toracici, specie all'ombra cardiovascolare, e che è dovuta alla scapola alata. Tale zona sarebbe molto più evidente nei casi in cui la scapola alata si accompagna a scoliosi dorsale destro-convessa, essendo la sporgenza della scapola sinistra più spiccata per la rientranza dell'emitorace rispettivo. Essa scomparirebbe quando le scapole si avvicinano alla parete toracica, cioè in atteggiamenti opportuni del torace o degli arti superiori, o quando il paziente è esaminato in posizione supina.

Seduta del 7 febbraio 1930.

Ulteriori osservazioni sul comportamento dei nervi cutanei nel cancro da catrame nel topolino bianco.

Dott. LAZZARINI L. — L'O. ricercò sistematicamente il comportamento del sistema nervoso nelle proliferazioni cutanee di catrame del topo.

Conclude: nel periodo della pachidermite ed in quello verrucoso si ha un accrescimento ed un'intensa rigenerazione delle fibre nervose.

Nel periodo canceroso, le fibre nervose (preesistenti, e neoformate) del derma e del sottocutaneo, vanno incontro alla degenerazione valleriana e scompaiono in seguito all'azione degli elementi neoplastici sulla fibra nervosa stessa.

Il Segretario: Prof. Dott. ENRICO ETTORRE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

La istofisiologia della mucosa gastrica.

Brenckmann (*Arch. de mal. de l'app. digest.*, n. 9, novembre 1929), dopo un accurato studio istologico, poi mediante indagini con la istamina, viene alle seguenti interessanti conclusioni.

La mucosa del fondo va divisa in tre settori: il fondo medio, la tasca ad aria e una zona intermedia antro-fondo.

La tasca ad aria si caratterizza per la debole vascolarizzazione, una mucosa sottile, ricca in tessuto connettivo, ed un numero relativamente poco elevato di cellule che si affacciano alla mucosa. Questa zona non pare entri in campo per la eliminazione dell'acido cloridrico durante la digestione. L'iniezione di istamina provoca una forte congestione di tutta la mucosa gastrica e con essa una eliminazione generale di HCl a livello del fondo medio e della tasca d'aria. Presso l'animale giovane una grande parte del fondo medio non elabora HCl, e senza dubbio neppure pepsina.

La zona attiva è ridotta a due zone poste da ogni lato della piccola curvatura in vicinanza dell'antro. Una iniezione di istamina determina come presso l'adulto una congestione intensa e una eliminazione uniforme di HCl in tutta la estensione della mucosa del fondo.

Il tubo glandolare del fondo presenta un ciclo secretorio ben determinato. Durante la digestione, le parti superficiali del tubo glandolare lavorano in primo luogo e durante tutto il tempo in cui dura il periodo digestivo gastrico. La parte media del tubo glandolare reagisce più tardivamente, il cul di sacco resta in riposo permanente.

Esiste una zona di passaggio tra il fondo e l'antro che somiglia istologicamente alla mucosa del fondo, con la differenza che le cellule principali non contengono grani di secrezione, che vi sia o no secrezione di HCl. Si tratta senza dubbio di cellule principali del colletto che non segregano pepsina. L. TONELLI.

Influenza della nicotina sulla secrezione e sulla funzione motrice dello stomaco.

I nemici e gli amici del tabacco sostengono in antitesi degli argomenti scientifici, sui misfatti o sui vantaggi del tabacco stesso, non sempre documentati rigorosamente. Un appunto di tal genere non può essere mosso a N. Michtchouk (*Vratch. Gazeta*, 1929) che con ricerche sperimentali sull'uomo, cerca di rispondere in modo obbiettivo ad un quesito preciso. Si tratta di sapere se la funzione motrice e quella secretoria dello stomaco subiscono l'influenza della nicotina contenuta nelle sigarette. 230 esami sono stati eseguiti sia a digiuno che prima o dopo i pasti. Il numero delle sigarette ha variato da una sola a quantità nettamente tossica. Le persone esaminate erano nella maggioranza dei fumatori. Le ricerche dimostrano che le piccole dosi di nicotina non esercitano, in generale, alcuna azione sulle funzioni gastriche. Le dosi medie non hanno effetto pronunciato, tuttavia non si può negare che riescono eccitanti. Le forti dosi, capaci di determinare intossicazione, agiscono certamente diminuendo la funzione motrice, e modificando tutta la curva nel senso che il punto culminante è raggiunto con ritardo.

A. PICCINELLI.

SEMEIOTICA.

Un nuovo metodo di arteriografia. L'indagine radiologica delle arterie con l'Uroselectan.

Latteri (*Riv. San. Sic.*, n. 5, 1930), dopo aver ricordato gli inconvenienti ed i pericoli degli attuali metodi di arteriografia a mezzo del lipoiodol e del joduro di sodio, riferisce i risultati di una serie di ricerche sperimentali su di un nuovo metodo d'indagine radiologica delle arterie a mezzo dell'Uroselectan.

Ha preparato la soluzione sciogliendo 40 gr. di Uroselectan in 80 cmc. di acqua bidistillata riscaldata, aggiungendovi poscia altri 20 gr. di acqua bidistillata anch'essa riscaldata. Filtrava la soluzione su carta e quindi sterilizzava facendola bollire per 20' a bagnomaria.

La tecnica così eseguita può brevemente riassumersi: messa allo scoperto l'arteria si isola per un cm. circa e quindi si interrompe la corrente applicando una comune pinza per vasi; ciò allo scopo di aumentare la concentrazione della sostanza opaca nell'albero arterovenoso dell'arto. Preparata in tal modo l'arteria si porta l'animale già morfinizzato sul tavolo radiologico e a mezzo di una siringa record a perfetta tenuta si punge il vaso immediatamente al di sotto della pinza e si comincia ad iniettare la soluzione di Uroselectan; penetrata una data quantità di liquido si fa scattare il tubo. È necessario che nel momento in cui si impressiona la lastra la sostanza opaca continui ad affluire nell'albero arterioso; in altri termini l'iniezione deve essere sospesa appena si smorza il tubo.

Operando in tal modo è riuscito ad ottenere delle nitide radiografie dell'albero artero-venoso degli arti. L'esame dei radiogrammi fa rilevare non solo i tronchi principali, ma mette pure in evidenza le immagini delle fini arteriole.

In un gruppo di animali ha studiato l'arteriografia in condizioni normali, in altro gruppo, prima di iniettare la sostanza opaca, ha praticata la legatura della femorale nel suo terzo inferiore o di una delle tibiali riuscendo

a mettere in evidenza il punto di obliterazione del vaso.

Ha usato dapprima una soluzione di Uroselectan al 40 %; in seguito si è valso della soluzione al 20 % ottenendo dei risultati egualmente notevoli.

Per ciò che riguarda la quantità del liquido iniettato, essa varia da 5 ad 8 cmc. a secondo la taglia dell'animale. Tale quantità si è dimostrata nei cani assolutamente innocua.

ar.

L'encefalografia arteriosa.

Monitz si propose di rendere visibile ai raggi X le arterie del cervello allo scopo di rivelare l'aspetto delle ramificazioni arteriose cerebrali, deducendone dalle deformazioni la localizzazione di tumori cerebrali. A. Pinto (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, n. 1, 1930) ha anche lui adoperato tale mezzo diagnostico. Egli ha iniettato 6 cmc. di ioduro di sodio al 25 % rapidissimamente nella carotide interna, oppure nella primitiva alla biforcazione, ma chiudendo in questo secondo caso temporaneamente la carotide esterna per evitare che il liquido deviasse in quest'ultima.

La radiografia deve essere praticata istantaneamente subito dopo la iniezione.

Il malato spesso si lamenta di dolori passeggeri dell'orecchio o dell'occhio. In qualche caso si ebbe una vera crisi epilettica, ma, ciò che è singolare, con fenomeni a carico dello stesso lato nel quale fu praticata la iniezione.

Su 8 osservazioni, nelle quali fu adoperata tale indagine, in due casi nei quali si riconobbe con certezza la sede del tumore, l'encefalografia diede indicazioni precise. JURA.

CASISTICA.

Azotemia per mancanza di sale.

Si ammette generalmente che una azotemia che sorpassi un grammo e che non possa essere attribuita a un disturbo di circolo, o a una iperproduzione di urea dipenda da una affezione renale. Blum, Grabor, Caulaert (*Presse Méd.*, n. 89, 1928) sostengono che esiste una azotemia che per la sua progressione rapida, e per la sua intensità offre la più grande analogia con quella che si incontra nella nefrite azotemica grave e che può essere provocata unicamente dalla mancanza di sale senza che vi sia nefrite nel vero senso della parola, e che scompare rapidamente con la somministrazione di solo sale.

L'azione della mancanza di sale può essere messa in evidenza con la massima nettezza in alcuni diabetici gravi.

In essi si può dimostrare: l'azotemia sopravviene dopo istituzione di un regime senza sale e scompare dopo l'ingestione del sale. Gli AA. citano due osservazioni che dimostrano chiaramente ciò.

L'azotemia non si produce che nei diabetici che hanno subìto un impoverimento considerevole in sale. I diabetici che hanno una forma benigna di diabete si comportano come dei soggetti normali, presso essi il regime senza sale non ha alcuna influenza sul tasso dell'urea sanguigna. Solo i diabetici con acidosi sono suscettibili di reagire. Gli AA. studiano un caso sotto questo punto di vista.

Dopo somministrazione di sali i reni non presentano alcun segno di alterazione anatomica.

Questa azotemia per mancanza di sale che gli AA. avrebbero dimostrata nei diabetici gravi, non sarebbe esclusiva di questa forma morbosa, ma bensì sarebbe costante in tutti quegli stati che inducono un impoverimento di sale. Per lo più ciò si verifica per via gastrica.

I vomiti abbondanti e incoercibili, le diarree profuse, possono produrre questo fatto. Essi si notarono in casi di stenosi pilorica, o occlusione duodenale alta. Nel colera asiatico fu già descritta una azotemia accompagnata a diminuzione dei cloruri sanguigni. Nei tifici, nei neonati atrepsici, nelle gastro-enteriti furono descritte azotemie.

Come mai la mancanza di sale provoca azotemia? Gli AA. emettono l'ipotesi che si tratti di un meccanismo compensatore della diminuita concentrazione molecolare degli umori che deriverebbe dalla diminuzione dei cloruri.

L. TONELLI.

La nefrosi lipoidica nel bambino.

Mouriquand, Bernheim e Puig (*Lyon médical*, e *Journal des praticiens*, 21 dic. 1929) fanno rilevare che in questa malattia caratteristica dell'età giovanile, vi sono due sintomi essenziali: gli edemi e l'albuminuria abbondante, mentre mancano le manifestazioni cardiovascolari. L'esame del sangue mostra un siero opalescente, con diminuzione del quantitativo di proteine ed ipercolesterinemia. L'evoluzione è varia: talvolta gli edemi scompaiono, l'albuminuria diminuisce ed i malati vivono a lungo, tal'altra, invece, si installa una nefrite cronica.

Le alterazioni dei reni sono secondarie, mentre predomina l'ipoalbuminemia con le sue conseguenze, la diminuzione della pressione osmotica e la costituzione degli edemi. Ignota ne è la causa; alcuni la attribuiscono alla tiroide, altri all'insufficienza epatica, mentre gli AA. si domandano se non si tratti di una fase iniziale del morbo di Bright.

Per quanto riguarda la terapia, si darà anzitutto un regime ricco di proteine e povero di grassi; se vi è insufficienza tiroidea, si somministrerà della tiroide; l'associazione della cura azotata con il trattamento tiroideo è stata spesso coronata da successo, mentre invece i diuretici rimangono inutili.

In altri malati, invece, il regime carneo e la tiroide non fanno che aggravare la situa-

zione, sicchè il medico pratico, di fronte a questi casi, si comporterà con prudenza. Tenterà dapprima il regime delle nefriti e, se questo non dà risultati, ricorrerà dapprima al trattamento tiroideo e poi al regime carneo.

fil.

I calcoli dei reni infetti a forma ematurica.

I calcoli renali possono simulare un tumore nel rene. Germain Laporte (rif. in *Journ. des praticiens*, 14 dic. 1929) ne riporta un caso; una donna di 56 anni, affetta da ematuria e piuria, presenta un tumore addominale voluminoso, corrispondente alla regione lombare, mobile, resistente, non doloroso.

Venti anni prima, aveva avuto una colica nefritica violenta. Si opera e si trova un rene ipertrofico, con numerose cavità, che erano piene di calcoli; la sostanza renale era così scomparsa per lasciar posto a del tessuto fibroso.

I calcoli erano di acido urico e di fosfati. Ora, il ricordo di una colica renale che risale a 20 anni prima può scomparire nella memoria del malato, sicchè prima di fare una diagnosi, in questi casi, bisogna andare molto cauti e richiamare l'attenzione del malato nel raccogliere l'anamnesi. *fil.*

Rene soprannumerario.

Kretschmer (*Surg. Gyn. et Obst.*, 1929) tratta di una anomalia fra le più rare del rene. Infatti i casi sicuri raccolti dall'A. sommano in tutto a 30 compreso il caso proprio. Si trattava in questo di un rene idropionefrotico. Il rene soprannumerario (pelvico) a destra era separato completamente da quello in sede normale e provvisto di peduncolo vasale e uretere proprio. L'A. lo asportò. Nei casi della letteratura alcuni sono reperti d'autopsia, ma altri sono osservazioni cliniche. Questi reni giunsero al tavolo operatorio per pionefrosi o per calcolosi o tubercolosi e furono curati con l'asportazione. La diagnosi, data la rarità dell'anomalia, non fu mai fatta in precedenza, ma si diagnosticò rene ptosico, a ferro di cavallo, tumore a carico dell'intestino o dell'ovaio, ecc. Solo l'A. con la pielografia potè sospettarlo. V. GHIRON.

La circolazione renale dopo vari tipi di incisioni pielotomiche allungate.

Cl. L. Deming (*Journ. of Urol.*, dic. 1928) ha fatto un interessante studio sperimentale dei danni che la circolazione renale, e quindi il tessuto renale, veniva a subire dopo incisioni nefrotomiche, le quali erano fatte in continuazione di incisioni pielotomiche.

L'A. ha usato i cani come animali da esperimento, ha praticato 4 tipi di nefrotomie, e quindi, 3-4 mesi dopo aver sacrificati gli animali, ha ottenuto dei modelli per corrosione della circolazione arteriosa. Egli giunge alle seguenti conclusioni:

1) La circolazione renale non è alterata dopo l'allungamento rettilineo di una pielotomia sul rene o sul polo inferiore, purchè si rispettino i vasi retropelvici;

2) Le incisioni angolari determinano una atrofia del rene ed un difetto di circolazione;

3) L'allungamento dell'incisione sul polo inferiore, in prossimità della linea mediana rappresenta l'incisione d'elezione;

4) La sutura del rene non deve comprendere alcuno dei grossi vasi;

5) L'allacciatura dei vasi retropelvici determina un danno non riparabile in 4 mesi.

V. LOZZI.

TERAPIA.

L'abuso delle così dette iniezioni eccitanti.

D. Taddei (*Rass. intern. di Clin. e Terapia*, gennaio 1930) si domanda se siano realmente utili tutti i cardiocinetici che si usano negli stati gravi post-operatori, con fenomeni di insufficienza cardiaca, epastica, renale negli itterici e dispnoici senza fenomeni pleuropolmonari, come nei peritonitici, negli intossicati da narcosi prolungate, da tossiemia infettiva, ecc. Oppure sono essi dannosi, ovvero si tratta di un'abitudine che si tramanda senza discussione?

Molti medici, in tutti i malati gravi di qualsiasi malattia, anche in quelle in cui il polmone, il cuore, il rene non mostrano alcuna sofferenza, fanno, a proposito ed a sproposito, metodicamente punture di canfora, di caffeina, di preparati digitalici, stricnici, di adrenalina, di diuretici, ecc. L'A. ha veduto persino praticare in individui appena morti per cancro, l'iniezione endocardiaca di adrenalina!

E così pure è da domandarsi se anche le ipodermoclisi, le fleboclisi, le trasfusioni di sangue che la moda americana ha importato siano realmente utili, innocue o dannose.

L'A. ha fatto un confronto fra la mortalità di riparti in cui la pratica delle iniezioni di cardiocinetici è abitudinaria, con quella di altri in cui essa è eccezionale o seguìta soltanto in determinate condizioni. Ed è venuto alla conclusione che l'uso abitudinario e metodico delle iniezioni di cardiocinetici aggrava spesso lo stato del cuore dei malati e degli operati; spesso si affretta la morte, spesso, mettendo in opera tali compensi inutili o dannosi, si trascurano o si differiscono compensi più utili, talora salvatori, d'indole chirurgica.

Certamente, una ipodermoclisi, una fleboclisi, una puntura endocardiaca di adrenalina sono compensi di cui il valore è incommensurabile in alcuni casi e sarebbe colpa il non usarli; lo stesso si dica quando si usano dei cardiocinetici particolarmente indicati per una data affezione cardiaca, polmonare, renale. Ma ben diversa è la questione quando in un malato, a diagnosi indecisa o con un'infezione (tifo, polmonite) in cui il cuore, la respirazione, la diuresi sono proporzionate alle condizioni

generali e si continua una serie metodica di iniezioni di olio canforato per « sostenere il cuore », o per « prevenire fatti cardiaci ».

La questione è più grave quando i così detti segni di insufficienza o di scompenso sono dovuti ad un'acidosi post-operatoria, ad una tossiemia infettiva.

L'osservazione clinica dimostra che in un grandissimo numero di casi l'azione dei così detti cardiocinetici, negli operati, intossicati, tossiemici è clinicamente nulla, mentre in certi casi può essere assai dannosa; valga l'esempio della canfora che può determinare profonde degenerazioni di taluni parenchimi, particolarmente della cellula epatica, oltre al fatto che l'olio non assorbito, provoca spesso gli elaiomi, senza contare le frequenti suppurazioni, che aggravano lo stato dell'infermo.

Le ipodermoclisi, le fleboclisi affrettano spesso la morte degli intossicati (infetti) ipotèsi, oligurici, sicchè l'A. le ha del tutto abbandonate. Il lavoro eccessivo a cui si sottopongono in tali casi il cuore, il rene od il fegato (nel caso di iniezioni glucosate) già alterati può essere talora esiziale.

Il medico si trova talvolta di fronte al caso disperato in cui i pazienti o chi li circonda reclamano che qualche cosa si faccia ed, in tal caso, il desiderio di portare un soccorso, sia pure inadeguato, è sovrano nella coscienza del medico. Ma solo che si tema di abbreviare, sia pure di un minuto, la vita del malato, il tentativo non va fatto, ad onta di tutte le pressioni, le tradizioni, le mode e le abitudini seguìte da altri. L'iniezione di dosi minime o di sostanze innocue può servire ad accontentare le esigenze dei parenti o delle abitudini, ma la propria coscienza deve prevalere ed, eventualmente opporre un reciso rifiuto quando si tema sia pure un minimo danno. *fil.*

Formula tonica per iniezioni sottocutanee.

Cacodilato di sodio	cg.	5
Glicerofosfato di sodio	cg.	10
Solfato di stricnina	mg.	1
Acqua distillata q. b. per	cmc.	1

Acido citrico q. b. per neutralizzare.
Sterilizzare per tindallizzazione a 70°.

(*Journ. de méd. de Paris*, 10 ott. 1929).

Le indicazioni terapeutiche del blu di metilene.

Sono così sintetizzate da F. Arnaud (*Thérapeutique pharmacologique et matière médicale*, Masson e C. edd.).

1) *Analgesico*, nelle nevralgie e nevriti, la tabe e le affezioni dolorose con alterazione degli elementi nervosi, nel reumatismo muscolare, articolare e delle guaine tendinee.

2) *Antimalarico*, quale succedaneo della chinina, in causa della sua azione elettiva e tossica (*sic*) sull'ematozoario.

3) *Antisettico* locale nella difterite, la blenorragia, la diarrea, la dissenteria, il cancro ulcerato, ecc.

4) *Modificatore della nutrizione*, nel trattamento del diabete (effetti incostanti analoghi a quelli dell'antipirina), dell'albuminuria e delle nefriti, in cui avrebbe azione analoga a quella della fucsina e avrebbe dato risultati favorevoli specialmente nelle nefriti croniche con arterio-sclerosi.

All'interno, lo si prescrive in: *polveri* da 5-10 cg. associato alla polvere di noce moscata (10-20 cg.) ed al lattosio: *capsule gelatinose*, da 5 cg. associato all'essenza di sandalo (25 cg.): *iniezioni ipodermiche*, contenenti 5 cg. per cmc. di acqua distillata.

Le dosi variano secondo le indicazioni: da 5 a 20 cg. come analgesico, da 25-50 cg. a 1 g. nei malarici.

Lo si somministra anche in *suppositori*, da 5 cg. e per *spennellature* con una soluzione di 1-5 grammi di blu di metilene per alcool e glicerina, ana g. 5. *fil.*

IGIENE.

La conservazione delle uova col freddo.

Le uova hanno una grande importanza nell'alimentazione e vanno, d'altra parte, soggette ad alterazioni specialmente all'ammuffimento, il quale è molto più frequente che il vero imputridimento. Siccome però la produzione delle uova subisce grandissime variazioni secondo i mesi dell'anno, si rende necessario trovare un modo di conservazione che permetta di avere le uova in buone condizioni, anche nei mesi in cui la produzione è minore.

I vecchi procedimenti, consistenti particolarmente nell'immersione delle uova in acqua di calce o nella spennellatura con silicato, finiscono col dare delle alterazioni che rendono le uova poco adatte al consumo.

Una buona conservazione si ottiene invece con il metodo seguente:

Le uova fresche vengono scelte e sperate, in modo da rifiutare quelle che presentino alterazioni e sono poi messe in locali in cui si mantiene una temperatura di + 1° ed in un'atmosfera composta di 88 parti di anidride carbonica e di 12 di azoto, sotto una leggera pressione. Dopo avere soggiornato in tale ambiente anche per 5-7 mesi, le uova vengono estratte secondo i bisogni e messe in un locale di riscaldamento a + 8°, con un grado igrometrico di 78 %. Vengono poi messe in scatole e vendute.

Le uova così trattate, come riferisce Cadiot (*Acad. de médecine*, 7 gennaio 1930) hanno gli stessi caratteri di quelle fresche: tuorlo sferico, bene separato dal bianco, il quale a sua volta ha gli stessi caratteri di viscosità di quello fresco; sapore come quello delle uova fresche, reazione alcalina, al pari di queste.

All'esame batteriologico, praticato con la consueta tecnica, sul bianco, sul tuorlo e sul raschiamento della parte interna del guscio e

fatto su cinque lotti di parecchie centinaia di uova ha dimostrato che tutte erano sterili.

Con l'esame biochimico, si è riscontrata la stessa digeribilità peptica e lipasica.

L'analisi dei gas contenuti nella camera d'aria ha dimostrato che questi sono gli stessi che quelli dell'uovo fresco; così anche il guscio, al contrario di quanto avviene con l'uovo conservato alla calce, conserva la porosità di quello fresco.

Se ne conclude che con questo procedimento, si hanno delle uova che non differiscono in nulla da quelle fresche e che sono, per così dire stabilizzate.

È da augurarsi che questo procedimento venga largamente adottato, in modo da poter mettere a disposizione del consumatore, nella stagione di scarsità, questo ottimo alimento in eccellenti condizioni. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. B. E., abbon. n. 8404-1:

1. *Iniezioni fleboslerosanti.* — Questo trattamento, non pericoloso, ambulatorio, è sopratutto indicato nelle varici superficiali dolorose, in quelle complicate da ulcere e in quelle prominenti. Nelle varici sintomatiche di un fibroma dell'utero, di una gravidanza; in quelle molto diffuse, in quelle accompagnate da flebite o da infiltrazione elefantiasica è bene astenersene.

Le sostanze sclerosanti più frequentemente impiegate sono: il salicilato di sodio, il cloridrato di chinino e il bijoduro di mercurio.

Il salicilato di sodio (da preferirsi) si adopera in soluzioni al 20, 30 e 40 %. Si saggia la tolleranza del soggetto iniettando da prima 1-2 cmc. della soluz. al 20 %. Se non v'è reazione locale, si aumenta la quantità e la concentrazione nelle iniezioni successive, senza sorpassare la dose di 5 cmc. della soluz. al 40 %. Si possono trattare contemporaneamente più pacchetti varicosi. Il crampo spesso intenso che non di rado si propaga a tutto l'arto, talora accompagnato da un senso di angoscia, ha brevissima durata. L'iniezione, se non è strettamente endovenosa, può provocare vaste necrosi, lunghe a guarire.

Il cloridrato di chinino, più rapido nei risultati, è raccomandabile nelle varici che sanguinano e in quelle accompagnate da ulcere:

Cloridrato di chinino	o gr 40
Uretano	» » 20
Acqua distillata	cmc. 3

Iniettare 1/4 o 1/2 cmc. nel pacchetto varicoso. Si possono iniettare 6 cmc. in una seduta in 10 o 15 punti differenti, distanziati di 8-10 cm. lungo la varice. Le sedute vanno distanziate di una settimana l'una dall'altra.

Il bijoduro di mercurio va usato in soluzione all'1 % con ioduro di sodio. S'inizia con 1 cmc. per volta e si aumenta la dose sino a 3-4 cmc., tenendo d'occhio la stomatite.

Per praticare l'iniezione, si segue la tecnica abituale delle iniezioni endovenose. A soggetto in piedi o seduto con l'arto appoggiato ad uno sgabello, si applica un laccio di gomma al di sopra del ginocchio, stretto tanto da intercettare solo la circolazione venosa e favorire quindi l'inturgidimento delle vene. Sterilizzata la cute con alcool ed infilato l'ago nella vena, si toglie il laccio e si spinge lentamente il liquido sclerosante, avendo cura di aspettare un minuto prima di ritirare l'ago.

Cominciare il trattamento nella parte inferiore della varice; praticare più punture ravvicinate, poichè il processo obliterante si estende oltre il limite delle punture solo per qualche centimetro.

2. *Tecnica dell'iniezione intracardiaca.* — Disinfettata la cute con tintura di iodio, servendosi di un ago da puntura lombare piuttosto fine, lo si affonda nel IV spazio intercostale, sul margine superiore della 5ª cartilagine, rasentando il margine sternale per evitare la mammaria interna. Si infigge l'ago perpendicolarmente alla parete per 2-3 cm., poi si inclina la punta un po' verso la linea mediana: si incontra subito una resistenza, quella del cuore. Penetrando allora per altri 4-5 mm. si è sicuri di essere nella cavità del ventricolo destro: ogni resistenza cessa e il sangue riempie la siringa. Si inietta allora un cmc. della soluzione di adrenalina al millesimo, spingendo il liquido lentamente.

Dopo ritirato l'ago, si pratica subito la respirazione artificiale.

In genere la ripresa dei battiti cardiaci non si fa attendere più di 30-60 secondi; la respirazione spontanea ritorna per lo più dopo 2-5 minuti di respirazione artificiale. Più tardi il cuore e il respiro riprendono, più il successo definitivo diventa problematico; per lo più nei casi di insuccesso l'iniezione è stata fatta troppo tardi (10-15 minuti dopo la sincope).

B. MASCI.

Al dott. G. V. R., abb. n. 1765:

Trattato italiano di Terapia Fisica (Como, ed. Cavallero, 1929); SAIDMAN: *Les Rayons Ultraviolettes en thérapeutique* (Doin, éd.); GUILLAUME: *Les radiations lumineuses en physiologie et en thérapeutique.* (Masson, éd.).

M. E.

Al dott. P.:

Fra gli anglosassoni è invalso diffuso l'impiego dell'olio di ricino, associato per lo più al chinino, come mezzo di provocazione o di accelerazione del parto.

L'abbiamo sperimentato pure noi, ma senza risultato nella provocazione del parto; può invece riconoscersi un certo vantaggio a parto già iniziato, usandolo nella dose solita purgativa. *p. g.*

VARIA.

Il trionfo della maturità.

Quale è l'età più produttiva? In quale età i grandi uomini hanno prodotto le loro opere migliori? Ecco il problema posto dal dott. W. A. Newman Dorland, che in *Welfare Magazine* fa al riguardo un'ampia dissertazione.

Egli distingue i grandi uomini in due categorie: quelli di pensiero e quelli di azione. Alla prima categoria appartengono coloro la cui attività intellettiva si estrinseca in processi di raziocinio con lo scopo di raggiungere concetti astratti o metafisici, o di pervenire a deduzioni positive dall'esame analitico di singoli fatti. Tali sarebbero gli astronomi ed i matematici, i fondatori di religioni, i tragici ed i drammaturghi, gli storici, i giuristi, i naturalisti, i filosofi, gli economisti, i politici, i poeti, i romanzieri. Alla seconda categoria appartengono coloro la cui attività culmina in qualche applicazione pratica, in manifestazioni sensoriali, plastiche e cinetiche: tali sarebbero gli attori, gli artisti di ogni genere, i chimici ed i fisici, i compositori musicali, gli esploratori, gli inventori, i medici, i chirurgi, i condottieri.

Il Dorland fa un lungo elenco di uomini che nei varii paesi e nelle varie epoche si segnalarono per opere egregie. Tra gli italiani figurano: Michelangelo, Raffaello, Leonardo, il Correggio, Tiziano, Del Sarto, Veronese, il Perugino, Botticelli, il Tintoretto, Rossetti, Dante, Petrarca, Cristoforo Colombo, Galileo, Galvani, Volta, Machiavelli, Savonarola. Mazzarino, Napoleone, Cavour, Garibaldi, Crispi.

Procede all'analisi dell'attività di tutti i grandi sotto tre punti di vista: in quale epoca cominciano a manifestarsi i segni della grandezza, in quale epoca si hanno le produzioni più eminenti, per quanto tempo si continua a produrre.

La media età dell'inizio dell'attività nei quattrocento uomini studiati fu quella di ventiquattro anni. Questa media ha notevoli variazioni nelle differenti classi. È di molto anticipata nei musicisti che cominciano a comporre in media all'età di 17 anni, seguono gli artisti drammatici con una media di diciotto anni, vengono poi i condottieri, gli artisti, i i giuristi con una media di ventidue, i drammaturghi con una media di ventitre, i poeti, i medici, i chirurgi, gli inventori, i chimici, i fisici con una media di ventiquattro.

Superano la media generale i naturalisti con venticinque anni, gli esploratori, i romanzieri, gli storici, i critici, gli astronomi, i matematici, gli uomini di stato con ventisei anni, i filosofi con ventisette, i riformatori con ventotto, gli umoristi con trentadue.

Queste medie sono già interessanti in quanto provano che dall'infanzia attraverso l'adolescenza l'elemento emotivo dell'individuo diventa sempre più alto fino a raggiungere l'acme nella maturità, per poi diminuire sempre d'intensità cedendo il posto ad elementi mentali superiori.

Così i musicisti cominciano a produrre buone opere molto giovani. E poichè in questa età plastica sono più fortemente sviluppati gli elementi immaginativi, imitativi, religiosi, avventurosi, guerreschi, si spiega come attori e oratori, esploratori e soldati, poeti e drammaturghi comincino la loro carriera molto presto. A misura che i componenti intellettivi della mente si sviluppano cambia anche la loro produzione, nella quale finiscono per prevalere elementi più positivi. D'altra parte molti scienziati, filosofi e politici non si rivelano se non quando hanno sorpassato il periodo emotivo della loro vita. L'intelletto ed il giudizio sono più forti in individui tra i 40 ed i 60 anni.

La precocità non è sempre desiderabile. Essa affretta la maturità e la decadenza, e da molti è considerata come espressione di senescenza prematura. In effetti molti dei ragazzi precoci non conservano lo stesso livello con l'andar degli anni, e talvolta non raggiungono neppure quello della media degli uomini. Il che può anche spiegarsi se si consideri che durante la fanciullezza il cervello deve sostenere uno sforzo proprio quando la sua struttura è più delicata e quando tutte le risorse dovrebbero convergere al suo sviluppo plastico.

I poeti, i musicisti, gli artisti, i condottieri sono i vari genii, sono quelli nei quali gli elementi immaginativi ed impulsivi sono i più forti. Essi effettivamente si distinguono precocemente.

Questa precocità è portentosa sopra tutto nei musicisti. Mozart a tre anni dava lezione di clavicembalo a sua sorella più grande, a quattro anni componeva piccoli pezzi, a cinque suonava in pubblico, a otto aveva già composto una sinfonia, a dieci un oratorio, a undici un'opera. Meyerbeer a cinque anni era già un eccellente pianista. Handel mostrò uno straordinario talento musicale fin da ragazzo. Liszt a nove anni suonava con grande abilità. Mendelssohn a nove anni suonava in pubblico e ad undici anni aveva già composto magnifiche suonate. Verdi a quindici anni aveva già suonata la sua prima sinfonia. Rossini a tredici anni aveva già composto un'opera. Wagner pubblicò la sua prima composizione a diciassette anni, Brahms a venti. Solo Beethoven, il principe dei musicisti, fa eccezione: pubblicò la sua prima composizione a venticinque anni.

Seguono per precocità i condottieri. Enrico IV a sedici anni era già capo dell'armata degli Ugonotti, a diciannove anni era re di Navarra, a quarantaquattro anni aveva sconfitto tutti i suoi nemici ed era divenuto re di Francia. Scipione Africano si distinse alla battaglia del Ticino a sedici anni, a ventinove anni era il vincitore di Zama. Alessandro il

Grande era già un generale vincitore a diciotto anni, a venti ascese al trono, a venticinque anni aveva conquistato l'Oriente, e morì a trentadue anni. Carlo XII condusse a termine la sua prima campagna a diciotto anni. Pietro il Grande organizzò una grande armata a venti anni, ebbe la prima vittoria a trenta, e fondò Pietroburgo a trentuno. Eugenio di Savoia a ventuno anni era colonnello ed a trentaquattro vinse la battaglia di Zenta. Condè vinse gli Spagnuoli a ventidue anni. Cesare era già un distinto capitano a ventidue anni. Napoleone a ventisei anni fece la campagna d'Italia, ed a quarantaquattro anni aveva già riportato tutte le sue vittorie. Annibale vinse a Canne a trentuno anni. Federico il Grande a trentuno anni aveva già riportato brillanti vittorie. È curioso che le guerre più moderne sono state condotte tutte da generali anziani, e nell'ultima guerra i comandanti in capo erano tutti vecchi: Hindeburg, Bülow, Mackensen, Cadorna, Diaz, Joffre, Foch, Haig, Pashing, Konrad, Granduca Nicola.

Non mancano anche in altri campi uomini che hanno dato precocemente segni della loro eccezionale capacità. Pico della Mirandola ancora fanciullo conosceva il latino, il greco, il caldeo, il siriano e l'arabico. Mirabeau pubblicò un libro a dieci anni. Stuart Mill a otto anni leggeva il greco, e cominciò a studiare logica a dodici anni. Dante compose un sonetto a dieci anni, Goethe scriveva in parecchie lingue a dieci anni, Tennyson scrisse un poema a dodici anni, Metastasio improvvisava a dieci. Galileo a diciannove scoprì l'isocronismo del pendolo.

Più difficile è determinare in quale età i grandi uomini hanno compiuto la loro opera migliore, perchè non sempre riesce di precisare il capolavoro di ciascun uomo. Per molti questa determinazione è facile. Tutti sono d'accordo che la *Divina Commedia* è il capolavoro di Dante, il *Paradiso Perduto* quello di Milton, il *Faust* quello di Goethe, il *Don Quichotte* quello di Cervantes, l'*Eneide* quello di Virgilio, il *Novum organum* l'opera maggiore di Bacone, e che la fama di Willington è legata alla battaglia di Waterloo. Ma per altri, forse per la maggioranza, occorre uno studio speciale per precisare l'opera o l'azione che rappresenta il fastigio della personalità.

L'analisi delle singole attività porterebbe a concludere che per gli uomini d'azione l'età della migliore produzione è quella di quarantasette anni, mentre per i pensatori è quella di cinquantadue. Per i chimici ed i fisici si ha in media 41, per i drammaturghi, i poeti, gli inventori 44, per i romanzieri 46, per gli esploratori ed i condottieri 47, per i musicisti e gli attori 48, per gli artisti 50, per i riformatori 51, per i medici e chirurgi 52, per i filosofi 54, per gli astronomi, i matematici e gli umoristi 58.

Dunque la media dell'età nella quale i grandi uomini compirono le loro migliori opere è quella intorno a 50 anni. Tale media sarebbe ancora più alta se si tenesse conto che molti di essi morirono al di sotto dei quarant'anni (Raffaello, Byron, Shelley, ecc.), e che quindi non ebbero il tempo di produrre altri ed eventualmente maggiori capolavori.

La durata media dell'attività nei quattrocento personaggi analizzati fu di circa quarant'anni: trentanove per quelli di pensiero, quarantuno per quelli d'azione. La durata più breve l'hanno i poeti e gli umoristi con 33 anni, seguono gli esploratori, i riformatori, i romanzieri, i commediografi con 35 anni, i condottieri, i chimici, i fisici ed i filosofi con 37, gli uomini di Stato con 38, i musicisti con 41, gli attori e gli artisti con 42, gli storici con 43, i giuristi con 44, i naturalisti con 45, i medici ed i chirurgi con 46, gli astronomi ed i matematici con 47, gli inventori con 49.

La mente è produttiva anche nella vecchiezza avanzata. Handel scrisse un oratorio a 68 anni, Meyerbeer alla stessa età compose l'*Africana*, Galileo inventò il telescopio a 73 anni, Kant, a 74 anni scrisse l'*Antropologia* e la *Metafisica dell'Etica*. Alla stessa età il Tintoretto dipinse il *Paradiso*. Verdi compose l'*Otello* a 74 anni, ed il *Falstaff* a 80 anni. Bismarck lasciò la carica di Cancelliere tedesco a 75 anni solo perchè forzato dall'imperatore, ed alla stessa età Crispi riassunse il potere in Italia. Victor Hugo a 75 anni scrisse *La storia di un delitto*, a 78 l'*Asino*, a 80 *Torquemada*. Hindenburg a 79 anni assunse la Presidenza della repubblica Germanica, Clémenceau a 78 anni assunse il potere in Francia nel momento più critico della guerra imprimendo al governo una straordinaria energia. A 80 anni Catone cominciò a studiare il greco, Plutarco a leggere il latino, e Socrate a suonare strumenti musicali. Gladstone diventò Premier per la quarta volta a 83 anni. Goethe completò il *Faust* a 80 anni. Voltaire pubblicò la tragedia *Irene* a 80 anni. Dandolo fu eletto doge di Venezia a 84 anni e visse in piena lucidità fino a 97 anni. Newton a 83 anni lavorava ancora come a 40 anni, e Spencer morì con la penna in mano alla stessa età. Moltke a 88 anni era ancora Capo di Stato Maggiore, Michelangelo a 89 anni dipingeva ancora.

La vita dei grandi uomini dimostra che la mentalità, specie per quel che riguarda i poteri intellettivi, si rafforza con l'andare degli anni fino a raggiungere la maggiore potenza verso i cinquant'anni. In generale è verso quest'età che i genii producono di più e meglio. La giovinezza può dare opere brillanti che costituiscono una speranza, la vecchiaia può ancora produrre e bene. Ma l'acme è dato dalla maturità, è questa l'età migliore per l'attività umana in ogni campo. La maturità trionfa dovunque, dell'inesperienza della giovinezza, degli indebolimenti della vecchiaia.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Provvedimenti varî.

Un Decreto del Capo del Governo in data 12 gennaio 1930 contiene provvedimenti per la difesa sanitaria del Regno contro l'importazione, per via di mare, della peste, del colera, della febbre gialla, del tifo esantematico e del vaiolo.

Un R. Decreto-Legge in data 12 febbraio 1930, n. 84, reca modifiche al R. Decreto-Legge 10 agosto 1928, n. 2034, contenente provvedimenti necessarî per assicurare il funzionamento della Croce Rossa Italiana.

Un R. Decreto-Legge in data 13 gennaio 1930, n. 20, regola l'esercizio professionale dei dentisti sprovvisti di laurea o del diploma di abilitazione all'esercizio della medicina e della chirurgia.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica, ha diramato ai Prefetti una serie di circolari concernenti: i concorsi per il personale dei consorzi antitubercolari, il ricovero dei tubercolotici, le colonie estive, la festa del fiore.

Nei prossimi numeri pubblicheremo ulteriori riferimenti sulle disposizioni sopra menzionate, che possono interessare maggiormente i nostri lettori.

(Questi atti ufficiali sono riportati integralmente nel n. 3 de « Il Diritto Pubblico Sanitario », il quale reca anche un esteso articolo di commento alla circolare sulla facoltà di scelta per la nomina dei sanitari condotti; cfr. anche « Policlinico », n. 11, p. 419).

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

In sede di bilancio.

Mentre questo numero viene impaginato, si discute alla Camera dei Deputati il bilancio del Ministero dell'Educazione Nazionale.

Prossimamente riferiremo su quanto può riguardare l'insegnamento medico.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Argenta (*Ferrara*). *Ospedale Civile.* — Chirurgo direttore; scad. 20 apr.; L. 10.000 e quadrienni dec., compartecipaz., c.-v.; tassa L. 50. Rivolgersi Congreg. di Carità.

Ascoli Piceno. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sezione med.-micrograf. del Laborat. Provinc. d'igiene e profilassi; scad. ore 18 del 10 mag. Chiedere condizioni.

Brienza (*Potenza*). — Scad. 30 apr.; L. 6000 resid., L. 1000 pei pov., L. 500 uff. san.; 6 quadrienni del dodicesimo; età lim. 40 a.; tassa lire 50,15.

Camerano (*Ancona*). — Scad. 30 mag.; 1ª cond.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., per 1/4 della popolazione; addizion. L. 3; per cavallo od automezzo L. 3000; c.-v.; età lim. 25-40 a.; tassa L. 50,15.

Controguerra (*Teramo*). — Al 30 apr., ore 18; L. 7700 e 4 quadrienni di L. 500, oltre L. 2400 trasp., L. 475 se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 15 mar.; schiarimenti dal Podestà.

Copparo (*Ferrara*). — Scad. 13 apr.; 1ª cond.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2520 complementari, L. 500-2500 trasp.; addizion. L. 3 oltre i 1000 pov.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Ferrara. — Scad. 12 mag.; medico scolastico; L. 12.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 indennità ufficio, L. 2000 assegno complement., c.-v. ecc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50; divieto condizionato eserc. profess. Chiedere avviso.

Genova. *Municipio.* — Per titoli ed esami. Quattro posti di medico condotto. Stipendio annuo lordo L. 10.500 con dieci aumenti biennali del ventesimo. Caro viveri come statali. Età massima 35 anni salvo esenzioni limiti di età a termini di legge. Documenti di rito. Diploma di laurea in medic. e chirurgia. Certificato dei voti ottenuti nei corsi universitari. Certificato di iscrizione nell'Albo di un Ordine dei Medici. Titolo comprovante l'esercizio professionale per almeno tre anni. Titoli scientifici, di carriera e pubblicazioni. Scadenza 30 giugno 1930. Chiarimenti e richiesta avviso di concorso all'Ufficio Personale del Municipio.

La Spezia. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Medico direttore; scad. 9 mag. a ore 18; lire 16.000 e 6 trienni dec., oltre L. 4000 serv. att.; divieto libero eserc.; età lim. 40 a.; rivolgersi Segreteria (via Vittorio Veneto).

Maceratafeltria (*Pesaro-Urbino*). — A tutto 15 apr.; 1ª cond.; L. 8000 per 500 pov., addizionali L. 2 e L. 3; cinque sessenni dec.; L. 3000 cav.; L. 500 uff. san.; L. 4000 dalla Congregaz. di Carità per direz. Ospedale Camilla Bella; età lim. 28-40 a.; tassa L. 50,10.

Mendicino (*Cosenza*). — Scad. 15 apr.; L. 6500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2500 cav.; età lim. 45 a.

Milano. *Istituti Ospitalieri.* — Vice-dirigente dell'Ambulatorio Comunale Oftalmoiatrico per i bambini delle scuole e per i poveri del Comune; L. 2000 annue con obbl. di 2 ore di serv. giornal. escluse le domeniche e con 30 giorni di vacanza annuale; nom. annuale, 3 conferme triennali; scad. ore 16 del 30 apr. Rivolgersi all'Ufficio di Protocollo, via Ospedale 5. Età lim. 39 a.

Napoli. *Augustissima Arciconfraternita ed Ospedali della SS. Trinità dei Pellegrini e Convalescenti.* — Quattordici alunni chirurghi; prova scritta e due esperimenti pratici; iscrizione a un Ordine. Per i primi 6 graduati L. 720 (settecentoventi) annue; per gli altri 8 servizio gratis; al primo graduato L. 500 (fondazione Ninni). Nom. triennale. Rivolgersi Segreteria generale del Pio Luogo, Largo dei Bianchi 7.

PISTOIA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esame. Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio annuo iniziale L. 8000 aumentabile di cinque decimi, due quadriennali e tre triennali. Indennità servizio attivo L. 1500 annue e caro viveri, nonchè il 10 per cento dei proventi per ricerche ed analisi di interesse privato. Gli assegni vanno soggetti alla ritenuta imposte ricch. mob. e complementare. Lo stipendio sarà inoltre gravato delle ritenute per la Cassa Previdenza e Pensioni e all'Istituto Nazionale pro impiegati Enti locali e loro superstiti ed inscrizione alla Cassa Naz. Infort. sul Lavoro. Domande e documenti debbono pervenire alla Segreteria della Provincia non più tardi delle ore 18 del 15 maggio.

PRATO (*Firenze*). *Spedale della Misericordia.* — Chirurgo primario; L. 12.000, otto trienni dec., c. v.; scad. ore 18 del 15 giugno; laurea da 5 anni; età lim. 45 a.; lib. doc. in clin. o patologia chirurg.; tassa L. 50. Chied. annunzio. Rivolgersi alla Presidenza.

PREVALLE (*Brescia*). — Scad. 15 apr.; L. 9000, oltre L. 500 uff. san., L. 800 trasp., c.-v.

PROVAGLIO VAL SABBIA (*Brescia*). — Scad. 20 apr.; L. 12.000 e 6 quinquenni dec., oltre c.-v. e L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SAMBUCO (*Cuneo*). — Scad. 15 apr.; con Argentera; L. 10.000 oltre L. 1500 trasp. e L. 500 uff. san.

SEREGNO (*Milano*). — Due condotte; al 15 apr., ore 18; L. 10.200 salvo riduzione per i celibi, ecc., oltre L. 400 per bicicl., compenso all'uff. san.; età lim. 35 a.; doc. a 2 mesi dal 1° mar.; tassa L. 50.

TERRACINA (*Roma*). — Zona montuosa ed attigua pianeggiante; scad. 25 apr.; tassa L. 50; stip. L. 8500 e c.-v., oltre L. 2000 cavalc.

TRIESTE. — Per titoli ed esami. Due posti di assistente nella Sezione Chimica del Laboratorio comunale di igiene e profilassi. Scadenza ore 12 del 20 maggio. (V. N. 13).

VARESE. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi. Scadenza ore 18 del 25 aprile. (V. N. 13).

VERCELLI. *Ospedale Maggiore di Sant'Andrea.* — Andato deserto il concorso a medico chirurgo primario per la Sezione Oftalmica (V. fasc. 46 del 1929), viene riaperto, avvertendo che i concorrenti dovranno dichiarare l'accettazione incondizionata delle norme contenute nel bando, visibile presso la Segreteria del Pio Luogo; stip. L. 4532 e 6 trienni ventesimo, oltre L. 1600 ambulat.; partecipaz. Scad. ore 18 del 15 aprile.

VERONA. *Consiglio Ospitaliero.* — Primario dermosifilografo; scad. 30 giu.; L. 4000 (quattro mila), oltre L. 1000 (mille) supplem. serv. att., percentuabili; età lim. 30-50 a.; tassa L. 50,05.

VOGHERA (*Pavia*). *Ospedale Civile.* — Scad. 22 apr., aiuto chirurgo e chirurgo assistente. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Eugenio Cassini è nominato direttore dell'Ospedale di S. Spirito in Roma, al posto già tenuto dal prof. Tito Ferretti, chiamato a dirigere l'Ospedale del Littorio.
Cordiali rallegramenti.

La Commissione esaminatrice del concorso per assistenti negli Ospedali Riuniti di Roma, composta dai proff. Alessandrini, Antonucci, Laurenti, Lugli e Liebman presidente, ha terminato il non facile compito di giudicare gli 85 concorrenti a 30 posti di assistente medico-chirurgo negli Ospedali Riuniti di Roma. Diamo qui, in ordine di graduatoria, il nome dei 30 vincitori del concorso ed inviamo ai giovani e valorosi colleghi il saluto augurale: 1) Zappalà Gaetano; 2) Lolli Giorgio; 3) Colaianni Gaetano; 4) Quattrocchi Gaetano; 5) Andreucci Michele; 6) Baronci Giovanni; 7) Fioretti Augusto; 8) Macchia Francesco; 9) Rimatori Rodolfo; 10) Carcani Giulio; 11) Ugelli Libero; 12) Simoncelli Giovanni; 13) Ferretti Lorenzo; 14) Ascarelli Adriano; 15) D'Alessandro Mario; 16) Pacchiarotti Aldo; 17) Ruscica Giuseppe; 18) Nardi Ludovico; 19) Via Enrico; 20) Rubegni Renato; 21) Rosa Piero; 22) Bruno Giordano; 23) Fabrini Roberto; 24) Bassi Piero; 25) Marchi Enzo; 26) Marzocca Andrea; 27) Fortunati Italo; 28) Campanelli Corrado; 29) Perrini Francesco; 30) Mingazzini Ugo.

Il gr. uff. avv. Fabio Cruciani Alibrandi, presidente dell'Opera Pia degli Ospizi Marini della città e provincia di Roma, scaduto dalla carica ricoperta per oltre dodici anni, è stato riconfermato dal prefetto Ricci, Commissario straordinario della provincia.

La Commissione giudicatrice, che coadiuva la Direzione dell'« Archivio di Antropologia Criminale e Medicina Legale » (Torino) secondo le disposizioni testamentarie di Cesare Lombroso, ispirandosi alle finalità che l'istituzione di tale premio si propone, ha assegnato il Premio Lombroso di L. 1000 per l'anno 1928 al dott. Israel Castellanos di Cuba per la sua opera « La delin-
Il premio dell'anno 1929 fu assegnato al dott. prof. Benigno Di Tullio di Roma per la sua opera: « La costituzione delinquenziale ».
cuencia femminina in Cuba ».

Il prof. Gino Frontali, di Clinica Pediatrica, è trasferito da Perugia a Pavia.

Il dott. Vincenzo Grossi, già assistente negli Ospedali di Roma, è stato nominato fin dall'anno scorso primario chirurgo ginecologo (visiting gynecologist) all'Ospedale Italiano a New York.

Alla cattedra di farmacologia di Rostock è stato chiamato da Berlino il prof. E. Keeser, quale successore del prof. Frey, chiamato a Gottinga.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Genova.

S. M. la Regina Elena ha inaugurato la Clinica Medica Generale, l'Istituto Biotipologico-ortogenetico ed il Policlinico del Lavoro.

I nuovi Istituti Clinici sorti nella Città universitaria di S. Martino, degni in tutto della grandiosità con cui l'Università di Genova procede nel suo assestamento edilizio, hanno avuto l'onore di essere inaugurati domenica 16 marzo all'augusta presenza di S. M. la Regina Elena e di S. A. R. la Principessa Maria.

La Regina, festeggiata dalla popolazione lungo tutto il tragitto da Palazzo Reale a S. Martino, fu ivi ricevuta dal Ministro Fedele, dal Podestà on. Broccardi, dal Magnifico Rettore prof. Moresco e dal prof. Nicola Pende in abito accademico, dal vice Prefetto comm. Ansaldo ed altre autorità. Nella grande aula della Clinica, affollatissima, il Rettore prof. Moresco pronunciò per primo elevate parole di omaggio a S. M. la Regina, alla quale il Podestà di Genova sen. Broccardi espresse poi i sensi di devozione della Superba.

Il prof. Nicola Pende, direttore degli Istituti inaugurati, in un discorso che fu sintesi brillante e completa delle ampie direttive cliniche e sociali da lui perseguite, direttive che si sono realizzate ormai in una solida dottrina tutta italiana, raccolse il suo programma nei seguenti postulati: « conoscere i sani per curare bene i malati; conoscere i sani per evitare malattie e prolungare la vita degli individui bonificandoli fin dall'infanzia dalle loro anomalie evolutive del corpo, del carattere, dell'intelligenza; conoscere i sani per formare e selezionare le varie categorie di lavoratori cosicchè ne risulti uno stato veramente unitario, in cui ogni cellula sociale sia veramente al suo posto, a seconda delle proprie efficienze somatiche e psichiche, e l'armonia dei valori individuali crei l'armonia dell'unità nazionale ». L'O., ricordando come la Clinica di S. Martino sia la prima nel mondo in grado di attuare i concetti esposti, illustrò il funzionamento dei tre grandi reparti dell'Istituto, ormai in attività per opera del Pende stesso e dei suoi 32 collaboratori.

Fu poi scoperta una lapide commemorativa della cerimonia e, dopo la benedizione impartita da S. E. De Amicis, S. M. la Regina seguita dagli invitati visitò, con la guida sapiente del prof. Pende, i Reparti dell'Istituto, dalla Clinica generale alla Clinica del Lavoro, all'Istituto Biotipologico Ortogenetico ed ai Laboratori scientifici.

S. M. la Regina ebbe parole di profonda ammirazione per tutte queste grandiose opere e si congratulò col prof. Pende, col Magnifico Rettore e col Podestà per la magnificenza di tali Istituti, che mettono la Clinica genovese all'avanguardia dell'organizzazione scientifica e medico-sociale italiana ed estera.

Nella R. Accademia Medica.

Il nuovo Ufficio di Presidenza della R. Accademia Medica di Genova, al quale è stato assunto, con le recenti elezioni, il prof. Pende con la collaborazione dei proff. Ugo Cerletti e Carlo Trevisanello, vice-presidenti, ha sostituito il vecchio « Bollettino » dell'Accademia con una elegante pubblicazione quindicinale che porta il titolo di « Accademia Medica » e raccoglie, oltre che tutti i lavori della massima associazione medica genovese, un'accurata rivista delle attualità mediche internazionali.

D. Macaggi.

Da Bari.

Le provvidenze del Regime per la tutela della maternità.

Il giorno 8 marzo il prof. P. Gaifami tenne nell'Aula Magna della R. Università l'annunciata e attesissima conferenza sul tema di attualità: « Le provvidenze del Regime per la tutela della maternità ».

L'alto interesse sociale e politico dell'argomento, che forma uno dei lati della multiforme azione del Governo Nazionale, richiamò un uditorio eccezionale nell'Aula Magna che seguì con interesse la lucida esposizione del prof. Gaifami rivolta ad illustrare l'opera provvidenziale, di ordine pratico, in particolar modo svolta dal Regime in favore della maternità bisognosa e della puericoltura. L'O. ricordata la parte avuta dai ginecologi nella preparazione delle attuali provvidenze del Regime per la tutela delle madri, rivendicò, al fascismo il « merito di aver saputo finalmente affrontare organicamente il problema, creando come Ente parastatale l'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia ».

Segnò le basi della profilassi ostetrica, modernamente intesa, e illustrò le disposizioni di legge che si collegano a tale parte dell'assistenza: colla larga concessione della ospedalizzazione e con l'istituzione di ambulatori e di guardie ostetriche.

Affermata la importanza preminente della diffusione delle visite prenatali, propose che esse siano rese obbligatorie almeno per la parte della popolazione che deve avere la assistenza gratuita dal Comune, e per le impiegate ed operaie che beneficiano delle agevolazioni che la legge prevede a carico dei bilanci dello Stato o delle aziende pubbliche o private. I Comitati di patronato limiteranno la loro azione assistenziale solo alle gravide e puerpere che saranno visitate all'ambulatorio ostetrico.

L'O. dopo aver illustrato le altre provvidenze del Regime, volte a difendere la natalità, ricordò quanto è stato finora fatto in Bari, e annunciò la prossima istituzione di un albergo materno e la creazione di un gruppo di cattedre ambulanti di puericoltura e assistenza materna, con cui i vantaggi del nuovo indirizzo del Regime saranno portati anche nelle classi rurali, dove potrà allora estendere la sua azione anche la guardia ostetrica, che già ora svolge azione benefica nella città.

La lotta sociale contro il tracoma.

La sera del 22 febbraio nell'Aula Magna dell'Ateneo il prof. Maggiore Luigi, direttore della Clinica Oculistica, presenti il Rettore prof. Mariani, tutti i professori, ordinari ed incaricati, numerosi studenti e invitati, tenne la sua conferenza sul tema: « La lotta sociale contro il tra-

coma ». Poichè la conferenza era ispirata a fini di volgarizzazione delle norme diagnostiche prognostiche e profilattiche, l'O. si sofferma dapprima a passare in rassegna i caratteri clinici del tracoma, illustrandone tutte le fasi dello sviluppo sino all'epilogo più grave e cioè la cecità.

Valendosi quindi di un ricco materiale statistico si diffuse a studiare l'importanza assunta da tale malattia nelle nazioni principali d'Europa, soffermandosi naturalmente a rilevare la particolare entità tuttora posseduta in Italia e con notevole prevalenza specie in Sardegna, in Sicilia e nell'Italia meridionale in genere.

In modo schematico mise in evidenza la importanza della lotta che si sta in proposito combattendo sia mercè l'interessamento della direzione di Sanità del Regno, sia col valido impulso dato dall'Ente Nazionale per il tracoma e dalla Cassa delle Assicurazioni sociali.

Dopo una riuscita serie di proiezioni atte a documentare l'immane opera intrapresa, il prof. Maggiore concluse affermando: che la lotta contro il tracoma rappresenta un compito veramente formidabile e richiederà milioni ed anni di indefesso lavoro. Solo affrontando la lotta in pieno sarà possibile conseguire la più completa vittoria. Finchè quei rioni popolari di città colpite dalla diffusione del morbo non saranno igienicamente risanati, e finchè ai bimbi della grande falange dei lavoratori d'Italia non saranno assicurate dovunque abitazioni sane, ricche di aria e di luce e d'acqua il tracoma farà inevitabilmente le sue vittime.

Il tracoma non dovrà più strappare uomini alla difesa della patria, e valide braccia al lavoro dei campi e delle officine. Anche nei centri finora più colpiti le nuove generazioni, rieducate per virtù del Regime ad un senso di responsabilità e disciplina, raccoglieranno i frutti di questa lotta tenace ed implacabile. Non sarà più la luce, la magnifica luce di questo cielo italico, il penoso tormento di mille pupille, ma il festoso sorriso della natura al popolo che lavora e produce, per forgiare, sotto la guida del grande condottiero, i gloriosi destini della nostra patria.

G. REVOLTELLA.

NOTIZIE DIVERSE.

Consiglio Nazionale delle Ricerche.

In una riunione plenaria tenuta a Roma, il Consiglio ha discusso sulla questione della scarsezza dei ricercatori; si procurerà di rimediarvi con l'istituzione di borse di studio, alcune delle quali già concesse, e con la soluzione del problema dell'assistentato, per il quale il Consiglio preparerà proposte concrete da sottoporre al Governo. Per formulare tali proposte è stata nominata una Commissione così costituita: S. E. Bottazzi, on. Martelli, S. E. Parravano, prof. Frascarelli, S. E. De Blasi, sen. Garbasso e prof. De Marchi.

3° Congresso internazionale di radiologia.

È indetto a Parigi per la fine di luglio 1931, sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica francese e sotto la presidenza onoraria della sig.ra P. Curie; presidente effettivo ne sarà il dott. A. Béclère; segretario generale il dott. Ledoux-Lebard. I lavori saranno ripartiti in 6 Sezioni: Radiodiagnostica; Roentgen- e Curie-terapia; Radiobiologia; Radiofisica; Elioterapia naturale e artificiale; Elettrologia medica. Possono partecipare al Congresso i membri delle Società nazionali di radiologia medica regolarmente costituite e le persone accettate da queste Società. Sede della segreteria: rue de la Boétie 122, Paris (VIIIe).

Congresso internazionale contro il reumatismo.

La Lega internazionale contro il reumatismo terrà la sua assemblea generale a Liegi, dal 18 al 21 settembre, subito dopo il Congresso internazionale di fisioterapia. Relazioni: « Classificazione dei reumatismi »; « Disturbi della circolazione cutanea nel reumatismo cronico ». Possono partecipare gratuitamente ai lavori i membri del Congresso di fisioterapia e della « International Society of Medical Hydrology » nonchè gli abbonati agli « Acta Rheumatologica » (15 fiorini l'anno). La partecipazione alle feste ed alle escursioni, ai banchetti ed ai ricevimenti, importa 200 franchi per tutt'e tre le categorie di membri. Sono previste un'escursione ad Anversa, una a Bruges o un viaggio ad Amsterdam, a scelta. Le comunicazioni scientifiche si ricevono dal dott. Van Breemen, Keizersgracht, 489, Amsterdam, Olanda; le iscrizioni dal prof. Gunzburg, rue des Escrimems 1, Anvers, Belgio; le quote dal dott. Michez, Bruxelles, Belgio.

Congresso medico uruguaniano.

In occasione del centenario dell'indipendenza dell'Uruguay, che ricorre nel 1931, viene organizzato a Montevideo un grande Congresso medico. Le sedici Società scientifiche attualmente esistenti a Montevideo si sono aggruppate per l'attuazione di questo Congresso, di cui ciascuna costituirà una Sezione, corrispondente alla propria specializzazione. Per ogni Sezione sono prescritti tre temi ufficiali. L'alto patronato del Congresso è stato assunto dai ministri degli Esteri e dell'Istruzione pubblica. Del Comitato onorario fanno parte le più alte personalità dello Stato, con alla testa il presidente della Repubblica, dott. Juan Campisteguy. Il Comitato esecutivo è presieduto dal prof. Luis Morquio, direttore della Clinica pediatrica, al quale sono da inviare le adesioni. La segreteria generale è affidata al dott. Francisco C. Nicola Reyes, cui sono da chiedere i programmi e ogni altra informazione. Tesoriere è il dott. César Bordoni Fosse, cui sono da inviare le quote d'iscrizione, fissate in 10 pesos. Gli uffici del Congresso hanno sede alla « Casa de los Médicos », Avenida 18 de Julio 1056, Montevideo, Uruguay.

Il Congresso costituirà una grandiosa affermazione scientifica e tecnica.

19° Congresso italiano di freniatria.

In conformità della deliberazione presa al XVIII Congresso della Società Freniatrica Italiana, tenutosi in Trento nel 1927, la prossima riunione, che avrebbe dovuto aver luogo nel settembre

1929, è stata fissata per i giorni 24-27 aprile in Ferrara.

L'organizzazione ne è stata devoluta a un Comitato d'onore e ad un Comitato esecutivo locali.

La seduta inaugurale e le sedute ordinarie saranno tenute in una sala del Castello Estense, gentilmente concessa dalla Amministrazione Provinciale.

La quota d'iscrizione è di L. 30 (L. 15 per i membri di famiglia dei soci).

La reggenza è costituita dai proff.: Donaggio, Guicciardi, Modena, Tambroni; segretari sono i proff. Baroncini e Padovani.

Ogni comunicazione, relativa al Congresso va diretta alla Presidenza del Comitato Esecutivo del XIX Congresso della Società Freniatrica Italiana, Ospedale Provinciale di Ferrara.

Temi in discussione sono: « Temperamento e carattere in Psichiatria » (relatori: Montesano e Kobylinsky); « Anatomia patologica del Parkinsonismo encefalitico » (relatore: Donaggio); « Problemi nuovi dell'Assistenza Psichiatrica, con particolare riguardo all'Igiene mentale » (relatori: Baroncini, Modena e Tumiati).

È in programma una gita alla Badia di Pomposa, previa visita alle Bonifiche di Codigoro.

2° Congresso italiano di microbiologia e immunologia.

Come avevamo annunziato, il 2° Congresso nazionale di microbiologia si è svolto dal 21 al 23 marzo, presso l'Istituto sieroterapico milanese.

All'inaugurazione intervennero il prefetto di Milano gr. uff. Siragusa, il podestà duca Marcello Visconte di Modrone, il medico provinciale prof. Piccininni, l'ufficiale sanitario prof. Tron, il direttore dell'Ospedale Militare, ecc.

Numerosi i congressisti; molte le adesioni.

Il prof. Belfanti tenne un elevato discorso inaugurale.

* * *

Nella seduta di chiusura del convegno, tenuta il 23 marzo, venne costituito ufficialmente il Comitato italiano per lo studio dei gruppi sanguigni, e aggregato come sezione alla suddetta società.

A presiedere detto Comitato è stato designato per acclamazione, su proposta del segretario generale prof. Azzi, il prof. L. Lattes dell'Università di Modena rappresentante dell'Italia nella commissione internazionale dei gruppi sanguigni.

Gli aderenti al Comitato italiano raggiungono fino ad ora il centinaio.

Società italiana di studi scientifici sulla tubercolosi.

Per quanto si riferisce al 3° Convegno nazionale Lombardo di Tisiologia, che sarà tenuto a Varese l'8 giugno, e di cui demmo già notizia, rivolgersi al segretario della Sezione, prof. G. Ronzoni, presso l'Istituto di Tisiologia di Milano, 118, via Gaudenzio Ferrari.

Lega francese contro il reumatismo.

Ha tenuto l'assemblea generale il 2 aprile, al museo sociale (rue Las-Cases 5, Parigi). Furono fatte varie comunicazioni e si discussero le relazioni del segretario generale e del tesoriere.

Per informazioni rivolgersi alla segreteria: rue Bonaparte 51, Paris.

Corso accelerato di clinica della tubercolosi.

La Segreteria generale dell'Associazione generale Fascista del pubblico impiego comunica (a fine marzo):

Sono state tante le richieste pervenute all'Associazione Nazionale Fascista dei medici perchè si organizzasse il secondo corso accelerato di Clinica della tubercolosi, che l'on. Benni, presidente della Confederazione dell'industria, e l'on. Morelli, direttore dell'Istituto « Benito Mussolini » hanno accolto benevolmente la domanda fatta dai dirigenti dell'Associazione stessa.

Il 2 aprile prossimo s'inizierà a Roma, all'Istituto « Benito Mussolini » questo secondo corso accelerato: cento medici condotti verranno da tutte le Provincie d'Italia per seguire l'insegnamento che è dato dai proff. Morelli, Busi, Alessandri, Bilancioni, Spolverini della R. Università di Roma e dai proff. Giannini, Ilvento, Mendes, Omodei Zorini, Bocchetti, Benedetti ed altri.

I temi che verranno svolti sono principalmente i seguenti: Semeiotica; Tubercolosi infantile; Leggi protettrici del lavoro; Malattie pseudo-tubercolari; Tecnica dispensariale e sanatoriale. Saranno fatte giornalmente lezioni cliniche e negli ultimi giorni al Policlinico « Umberto I » i professori Alessandri, Dionisi, Pestalozza, Brancati ed altri terranno lezioni intorno al cancro.

L'utilità di questi corsi accelerati è evidente: specialmente ora che i problemi della sanità sono stati ampiamente trattati alla Camera e al Senato dove è stata altamente riconosciuta la crescente importanza delle funzioni sociali del medico condotto.

Nuove opere di edilizia sanitaria nel Trentino.

Nel decorso anno VII dell'E. F. anche la Provincia di Trento ha visto sorgere vari nuovi fabbricati sanitari, dotati di ogni moderno attrezzamento e costruiti secondo le più recenti innovazioni igieniche.

All'ospedale intercomunale di Tione inaugurato già l'anno scorso, ma non ancora messo in efficienza, fece seguito:

A Riva il completo restauro del civico ospitale con speciale riguardo al reparto chirurgico, al gabinetto di radiologia e ad un impianto di terapia fisica e di cure elettriche, il tutto affidato all'esimio chirurgo dott. Mario Benuzzi.

Ad Arco fu aperto lo splendido sanatorio « Vittoria » ai piedi del monte Lumego, destinato ad offrire soggiorno e ridonare guariti alla società malati di petto, in consonanza alle direttive emanate dal Governo Nazionale con la assicurazione contro la tubercolosi.

In Folgaria è stato inaugurato un sobrio, spazioso ospedale-ricovero corrispondente ai bisogni di quell'industre altipiano.

A Trento fa bella mostra di sè sulla collina dei Giardini a completamento dell'abbellito ed ampliato « Ospedale infantile Maria di Savoia » un turriforme edificio del tutto isolato, ben soleggiato, con poggioli, terrazza e loggia verso mezzogiorno, piazzali, giardinetti e fabbricati ausiliari adiacenti, che ospita già una quarantina di bambini affetti da ogni forma di tubercolosi. Quest'Istituto è sorto inosservato con mezzi modesti, in gran parte frutto della pubblica beneficenza, per la cooperazione disinteressata di poche caritatevoli personalità cittadine costituitesi

in Ente autonomo e per merito dell'intelligente previdenza e iniziativa del medico direttore dottor F. Giordani, che oltre a prestare da diversi anni l'opera sua di appassionato pediatra diede e continua a dare prova della sua capacità amministrativa e del suo talento di medicina sociale curativa e preventiva.

A Trento ancora abbiamo visto comparire come d'incanto nella nuova Via dei Mille un veramente imponente edificio, la « Villa Igea », gestita dal già ben noto operatore dott. T. Merler. Casa di cura lussuosa, fornita di impianto radiologico di ultimo tipo e dei più perfezionati apparati di applicazioni fisiche ed elettriche, pronta ad accogliere anche dozzinanti di modeste risorse perchè differenziata in tre classi di rette e tariffe, con larga disponibilità di spazio, accessibile a tutti i medici della città che ne volessero usufruire pei loro pazienti. Questo grandioso caseggiato sanitario viene ad aggiungersi favorevolmente alle Case di cura private già esistenti in altre città del Regno di importanza molto maggiore di Trento.

(Dal « *Bollettino Medico della Venezia Tridentina* »).

Per l'Ospedale Civile di Foligno.

Il Capo del Governo ha concesso un sussidio di 80.000 lire per l'Ospedale Civile di Foligno. Il Podestà, on. Roschi, segretario del Fascio, ha esternato al Duce la viva riconoscenza dei fascisti folignati.

Per gli studî sul cancro.

Il prevosto dell'Università di Pennsylvania, dottor Josiah H. Penniman, annunzia che un filantropo, il quale desidera di mantenere l'anonimo, ha destinato 210.000 dollari (pari a 4 milioni di lire italiane) al Fondo per lo studio del cancro di quella Scuola Medica.

Nella stampa medica.

Ha iniziato le pubblicazioni « Il lattante », periodico mensile di fisiopatologia, igiene e difesa sociale del bambino nel primo biennio di vita.

Il corpo direttivo e redazionale del periodico è molto vario; comprende: un direttore capo, che è il prof. cav. O. Cozzolino di Parma; i collaboratori di diritto, che sono tutti i titolari di clinica pediatrica, nonchè i proff. F. Valagussa, E. Cacace, F. Bottazzi; altri collaboratori principali; un condirettore-redattore capo responsabile, che è il prof. Marco Bergamini; i redattori locali; un comitato di redazione.

Le finalità del periodico corrispondono a quelle de « La Nipiologia » del Cacace; ma la periodicità accelerata, in fascicoli mensili, comporterà un contenuto più vario ed un notiziario più fresco e sollecito.

Il periodico intende lumeggiare ed avvalorare l'azione del Regime a favore dell'infanzia.

L'abbonamento annuo importa L. 36 per l'Italia e colonie, L. 50 per l'Estero; l'Amministrazione ha sede presso la Clinica Pediatrica di Parma (Ospedale dei Bambini, Suburbio M. D'Azeglio).

* * *

Ha iniziato le pubblicazioni il « Giornale Italiano di Scienza idrominerale e climatologica », diretto dai proff. F. Lasagna, G. Sabatini e A. Vinaj; esso ha fini ed obbiettivi di pratica e di clinica; servirà a portare le conoscenze teoriche, ma sovratutto quelle di applicazione, al di là dei cultori proprî della Scienza idrominerale e delle branche affini, ai medici pratici, esponendo i capisaldi scientifici vecchi e nuovi ed aggiornando e divulgando le cognizioni pratiche riguardanti le cure idrominerali, climatiche e fisiche, ottemperando così ai bisogni quotidianamente sentiti nelle applicazioni professionali di queste cure. L'abbonamento importa L. 20 per l'Italia, L. 40 per l'estero. Augurî.

I medici esercenti negli Stati Uniti.

Il « Journal of the American Medical Association » informa che alla fine del 1928 esercivano negli Stati Uniti, in cifra tonda, 150.000 medici. Durante l'anno morirono 2792 medici; se ne diplomarono 4262; dunque si è avuto un incremento netto di 1470, ossia un po' meno dell'1 % incirca. Nell'area degli Stati Uniti soggetta a statistica l'incremento della popolazione è stato, pure, un po' meno dell'1 %: v'è dunque esatta corrispondenza tra l'aumento dei medici e quello della popolazione.

Il prof. Lubarsch.

Il prof. Otto Lubarsch ha compiuto il 4 gennaio 70 anni.

Egli è uno dei più eminenti anatomo-patologi e patologi generali che abbiano onorato la Germania. Vanno ricordati i suoi studi sulle degenerazioni adiposa, lipoide, amiloide e ialina, sui pigmenti, sulle embolie, sui rapporti fra tumori maligni e tubercolosi, sull'immunità congenita ed ereditaria, ecc. È anche autore di pregevoli trattazioni.

È stato allievo di Virchow, di Klebs, di Ponfick, ecc. Ha insegnato a Posen, Düsseldorf, Kiel e da ultimo a Berlino, ove ha occupato, alla Charité, la stessa cattedra già tenuta da Virchow.

Ivi si sono adunati numerosi amici, allievi e colleghi dell'illustre maestro, per rendergli omaggio. Parlarono il decano della Facoltà medica prof. Roessle, poi i proff. von Ostertag, Pick, Haberer, Wätjen ed uno studente. Infine l'oratore ufficiale della cerimonia, prof. Coelen di Bonn, in nome degli allievi di Lubarsch ne analizzò la carriera scientifica. Il festeggiato si disse grato della dimostrazione e manifestò il suo affetto per la gioventù e il suo interesse per l'insegnamento.

In tale occasione è stato anche inaugurato un busto di Lubarsch, dovuto al prof. Lange di Monaco.

In memoria del prof. Lucatello.

Alla presenza del Ministro della Giustizia e dei Culti, S. E. Rocco, dei senatori Maragliano, Tamassia e Catellani, delle autorità civili, militari e politiche, del Corpo Accademico e di molti invitati, è stata inaugurata, alla R. Università di Padova, una lapide in memoria del compianto Rettore prof. Luigi Lucatello.

Alla cerimonia svoltasi nell'Aula Magna hanno parlato il presidente del Comitato per le onoranze, prof. Querini, il Rettore Ferrari, il dott. Ottaviani, il sen. Maragliano.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Zbl. f. Chir., 14 dic. — B. O. PRIBRAM e al. Narcosi avertinica.

Brit. Med. Journ., 14 dic. — B. WHITEHOUSE. L'aborto.

Folia Gynaecol., I, 1930. — D. ROSSI. Glicemia adrenalinica in gravidanza. — G. B. CONTARDO. Circolaz. arteriosa utero-annessiale.

Revue Neurol., nov. — G. MARINESCO e al. Localizzazione della funzione del sonno. — R. LAFORA. Febbre e tachicardia nei tumori cerebr.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., nov. — C. AUBERTIN e J. LEREBOULLET. Esiti remoti dell'infarto miocardico. — E. THOMAS. La pressione arteriosa in età avanzata.

Amer. Journ. Med. Sciences, dic. — T. SMITH. Medicina pratica e igiene pubblica. — W. B. CASTLE, W. C. TOWNSEND. Rapporti tra achilia gastrica e anemia pernic. — C.-F. LONG. Ruminazione nell'uomo. — T. B. FUTCHER. Diabete insipido e lesioni del mesocefalo. — J. P. CROZER GRIFFITH. Malattia e sindrome di Miculicz.

Spitalul, nov. — A. OBREGIA e A. DIMOLESCU. Delirio cronico allucinatorio a evoluzione periodica. — D. PAULIAN e V. IONESCU. Epidemia di poliomielite.

Soc. d. Hôp., 9 dic. — H. JAUSION. Eczemi, malattie da sensibilizzazione.

Arch. d. Mal. d. Reins ecc., dic. — E. PAPIN. Il dolore renale.

Revue de Chir., 7. — P. BOHÈME e M. RIVALLAUD. Malformazioni congenite della valvola di Bauhino (restringimenti e stenosi). — E. MÉRIEL. La disarticolaz. temporanea.

Med. Ibera, 21 dic. — R. MEDRANO. L'alcool come agente terapeutico nel pannus crassus tracomatoso.

Surg., Gyn. a. Obst., dic. — M. GRODLINSKY. Gli spazi fasciali del piede quale via alle infezioni. — A. D. BEVAN e E. R. MCCARTHY. Tumori della glandola carotide. — J. F. PUDDICOMBE. Anomalie uterine.

Presse Méd., 18 dic. — L. BINET e A. ARNAUDET. La circolaz. nelle fosse nasali; reazioni vasomotrici. — J. MOUZON. Si può somministrare l'insulina senza iniezioni? — 21 dic. W. S. BAINBRIDGE. Psichiatria e chirurgia.

Paris Méd., 21 dic. — Numero di ginecologia e ostetricia.

Journal A. M. A., 30 nov. — C. E. GALLOWAY. L'anemia in gravidanza. — C. W. DONDEN e W. O. JOHNSON. Stati d'esaurimento. — 7 dic. R. W., 7 dic. La cosidetta anafilassi letale nell'uomo. — T. PARRAN. Trattam. della sifilide in rapporto alla prevenzione. — R. M. MCDONALD. Le infiammazioni croniche delle vie biliari.

Deut. Med. Woch., 20 dic. — Inchiesta sulla diagnosi della gravidanza secondo Aschheim e Zondek. — LANGE e LOEWE. Somministraz. perorale dell'insulina.

Mediz. Welt, 21 dic. — A. WOLFF-EISNER. Assunzione di sale da parte del sano e del malato.

Soc. d. Hôp., 6 dic. — P. AMEUILLE e R. HUGUENIN. Caverne cancerose del polmone.

Sang, 6. — E. FEUILLÉ. Midollo osseo, tessuto linfoide ed emopoiesi.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII — Roma, 14 Aprile 1930 — Num. 15

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE S. CAMILLO-COMACCHIO

Medicazione intrarteriosa

per il dott. UMBERTO BONOLI,
chirurgo e direttore.

Nella Sezione Pratica del *Policlinico* (n. 29, 1929) il prof. Cinquemani, facendo seguito a una mia pubblicazione su di un esperimento di terapia intrarteriosa (*Policlinico* n. 24, 1929 Sez. Pratica), rivendica all'italiano Parlavecchio il merito di aver per primo ideata ed effettuata l'introduzione dei medicamenti per la via delle arterie, merito che io, non conoscendo l'opera del Parlavecchio, la quale risale al 1899, avevo attribuito, almeno nell'idea, al Bier (1908). Egli poi col ricordare alcuni nomi di sperimentatori arricchisce l'elenco, tuttavia sempre esiguo, di coloro che si sono di ciò attivamente occupati. A me mancarono, per l'assillo dei quotidiani doveri professionali, il tempo e la possibilità di esperire in questo senso (e non mancai del resto di fare chiare riserve) ricerche più accurate e più vaste. Io ringrazio perciò il prof. Cinquemani delle notizie bibliografiche che ha voluto offrirmi, mentre riconosco ben giusta la riaffermazione di un'autentica priorità italiana.

Ora l'occasione che questo mio doveroso, per quanto certamente superfluo, riconoscimento mi ha dato di tornare prima di quel che io pensassi sull'interessante argomento, m'induce, oltre che all'esposizione di un nuovo caso, ad alcune considerazioni di ordine generale su quanto a questo riguardo è stato detto e fatto fino ad oggi. Benchè il mio attivo sperimentale costituisca una base ben scarsa per autorizzare affermazioni e apprezzamenti, pure il campo è ancora talmente incolto che qualsiasi supposizione o giudizio o progetto può avere la sua piccola parte di utilità. A questo proposito anzi mi rammarico che il Cinquemani non abbia creduto di soffermarsi « sui diversi rilievi cui quel mio scritto si presta ».

*
* *

Fu dunque il nostro Parlavecchio ad inaugurare la via arteriosa. Egli nella Clinica del Durante, con un procedimento geniale, servendosi di alcuni cani, effettuò sugli arti sani

di questi, per la via arteriosa, il cosidetto « lavaggio antisettico dei tessuti ». Trattò arti sani collo scopo primo di controllare la possibilità e di stabilire la tecnica dell'operazione. Escluso l'arto dalla circolazione generale mediante un'asola praticata nella vena maggiore, iniettava una soluzione antisettica nel tronco arterioso principale e la faceva riuscire dall'asola venosa; il tutto previa ischemia e applicazione del laccio di Esmarck e isolamento dei due vasi. I risultati si poterono chiamare incoraggianti; purtroppo gli esperimenti, tuttora seducenti, non furono proseguiti; nè altri poi se ne preoccupò in quel tempo. Rimase allora così dimostrata solo la possibilità tecnica dell'intervento.

Lasciando da parte gli esperimenti fatti a scopo di anestesia iniziatisi nel 1908, e quelli di arterografia al lipoidolo, all'ioduro di sodio ecc., i quali escono dal campo della terapia, vediamo che solo nel 1911 si ripresero le prove a fine direttamente curativo. Così il Gayanes (1911) trattò col lavaggio antisettico alla Parlavecchio la tubercolosi articolare; il Bleichroder (1912) scostandosi da tale procedimento praticò semplici iniezioni di collargolo nella femorale di tre puerpere setticemiche; il Sinclair (1917) iniettò del neosalvarsan nella carotide interna di un sifilitico con segni di paralisi cerebrale; lo Stutzin (1917-19) e il Nistron (1919) trattarono alcuni processi infiammatori degli arti; il Knauer (1919), Enderlen e Justi (1920) la sifilide cerebrale; l'Amalfitano (1921) iniettò l'omerale al gomito nella tubercolosi polmonare, nella sifilide e in varie malattie infettive. Ricorderò anche come alcuni mesi fa (marzo 1929) il Moniz di Lisbona abbia riferito sull'inattesa azione benefica dell'ioduro di sodio che egli soleva iniettare a scopo di arterencefalografia nella carotide interna di soggetti sofferenti per nevriti ottiche, cefalee, crisi epilettiche, amaurosi e in genere per sindromi ipertensive.

Oltre ai surricordati alcuni altri AA. ebbero a dedicarsi a questi studi, ma chiuderò l'elenco non essendo lo scopo dell'articolo quello di completare una cronistoria.

Passiamo perciò ai risultati. Quali veramente persuadenti, brillanti? Nessuno.

Le ragioni a mio modesto avviso sono varie; e una sopratutto mi appare importantissima. Essa potrà scaturire dalla risposta alla domanda seguente:

1) Quali possono essere le indicazioni della medicazione intrarteriosa?

a) Alcuni hanno trattato con iniezioni endoarteriose *forme infettive generalizzate acute e croniche.*

Ora, dinanzi a questi esperimenti nei quali gli Autori, data la generalizzazione della malattia stessa, hanno naturalmente cercata la diffusione, la generalizzazione dell'azione medicante, vien fatto di chiedersi: perchè non si seguì la via venosa? Quali vantaggi si cercarono lasciando questa per la via arteriosa? L'Amalfitano che suole iniettare l'arteria (senza isolamento) alla piega del gomito qualunque sia la forma morbosa in causa, sostiene fra l'altro che la iniezione nell'arteria è tecnicamente più facile che non nella vena; ricorda che « le flebiti meccaniche, irritative, settiche sono più frequenti delle arteriti; che le trombosi e le embolie sono più facili nelle vene causa la diversa velocità della corrente sanguigna » che spesso « per la formazione di piccoli trombi le vene non si prestano più ad ulteriori iniezioni ». Egli riferisce poi che mentre ha avuto qualche piccolo inconveniente iniettando le vene, non ne ha mai avuti iniettando le arterie.

Io non sono convinto, e non sono certamente il solo, della maggiore facilità dell'iniezione intrarteriosa, sopratutto poi se fatta secondo la tecnica stessa suggerita dall'Amalfitano. È da pensare che questo convincimento sia derivato all'Amalfitano dall'avere Egli stesso involontariamente aumentate le difficoltà dell'iniezione endovenosa usando tecnica e istrumenti impropri; l'abbandono del laccio infatti nel punger la vena non è buona pratica, e l'uso di aghi molto sottili (n. 16 (!) per piccola siringa Pravaz) è sconsigliabilissimo. La pressione venosa (specie non aumentata dal laccio) non può vincere la resistenza di un lume così ristretto, cosicchè se il sangue non fuoriesce spontaneo dal cono dell'ago non si può avere la certezza d'esser penetrati nella vena; nè l'aspirazione può dare la sicurezza. È indubitato che tali condizioni accrescono fortemente le difficoltà di una iniezione endovenosa. D'altra parte l'Amalfitano ci lascia molto dubbiosi quando afferma che la penetrazione nel lume dell'arteria « fa avvertire nettamente la mancanza di resistenza appena giunti nella cavità »; l'ago sottilissimo difficilmente fa avvertire le resistenze che si incontrano nelle parti molli, e il senso del vuoto o della « cavità » si può avere solo quando il diametro di quest'ultima è relativamente grande rispetto alla lunghezza della punta, la quale allora vi può avere giuoco sufficiente; ciò non è probabilmente verificabile con un ago del n. 16, spinto per di più perpendicolarmente nel lume

di un'arteria come l'omerale al gomito. Bisognerebbe avere un senso tattile e muscolare prodigioso per avvertire queste minime differenze di resistenza; senso che all'Amalfitano stesso sembra mancare quando, come Egli racconta, coll'intenzione di entrare nella vena la trapassa invece senza volerlo per penetrare nell'arteria sottostante e vedersi uscire con una certa sorpresa sangue arterioso invece che sangue venoso.

Ma proseguiamo. Pur essendo vera la frequenza maggiore delle infiammazioni delle trombosi e degli emboli nelle vene che non nelle arterie, il verificarsi delle flebiti e delle embolie venose in causa di iniezioni fatte colle dovute regole è evenienza talmente rara da non considerarsi neppure. L'impossibilità di ripetere a volte, causa i trombi, l'iniezione nel medesimo punto della vena non è titolo di preferenza per la via arteriosa; la corrente venosa al contrario dell'arteriosa è raggiungibile su mille altri punti della nostra superficie cutanea. Un confronto statistico fra gli inconvenienti dell'uno e dell'altro sistema? Impossibile o quanto meno inconclusivo; le iniezioni endoarteriose sono state fatte a decine, le endovenose a milioni.

Sotto questi riguardi dunque nessun vantaggio della via arteriosa sulla via venosa. Per contro, dato sempre che lo scopo vuol essere quello di un'azione generale, risulta evidente un notevole svantaggio della prima sulla seconda. La via arteriosa infatti, in questi casi, oltre ad allungare al farmaco la via, espone la sua struttura fisio-chimica, senza necessità e prima che giunga a destinazione, ad alterazioni più profonde, riferibili non tanto al più prolungato contatto col sangue quanto all'attività metabolica dei tessuti in una zona quasi sempre limitatissima qual'è quella di una mano ad esempio, zona che spesso non ha nulla a che fare col processo morboso che si vuol combattere. I fenomeni locali di assorbimento, di osmosi, di ossidazione verificantisi a livello dei protoplasmi cellulari non possono che modificare in quantità e in qualità il farmaco stesso destinato ad agire altrove. La sua azione qualunque essa possa essere non farà che esaurirsi o indebolirsi prima, in contatti superflui. Il ragionamento è logico, e alla sua base stanno principi elementari di fisiologia.

La rete capillare ritardando e rallentando l'assorbimento generale del farmaco ne diminuisce i pericoli? D'accordo; ma diminuendone la dose e rallentandone la immissione nella vena non si otterrà forse lo stesso scopo?

Le forme generalizzate non sono dunque una indicazione per la terapia endoarteriosa; la quale di fronte ad esse rimane una pratica per lo meno « oziosa »; e mi piace ripetere questa affermazione che scaturisce, checchè ne dica il Cinquemani, dal buon senso. Scrissi e oggi quindi riscrivo che « poichè io credo debba la terapia intrarteriosa, per chiare ragioni anatomiche e fisiologiche, essere intesa come una terapia locale o regionale e non generale... le prove del Bleichroder e dell'Amalfitano » e di quanti altri abbiano agito nelle medesime condizioni, « ...restano prive di qualsiasi specifico valore ». Quivi l'iniezione intrarteriosa, quale ne sia stato il risultato, non può aver avuto significato diverso da quello di una qualunque iniezione intravenosa.

b) Più motivati senza dubbio sono stati i tentativi diretti alla cura di *forme localizzate*, qualora l'iniezione sia stata praticata nel tronco arterioso stesso irrorante la regione sede dell'affezione, anche se quest'ultima aveva *carattere cronico*. In simili condizioni l'iniezione nell'arteria seguendo la via più naturale e più breve, *porta direttamente e in totalità* il medicamento alla zona colpita *senza anticipata inutile dispersione, serbandogli insieme tutta quella potenza di azione eventualmente riferibile alla sua massa e alla sua struttura fisiochimica.*

Tuttavia la cronicità dell'affezione, particolarmente legata come si sa a speciali caratteri morfologici e biologici del germe, che per questi caratteri (forme intracellulari, capsulate, spurulate ecc.) assume grandissime capacità di resistenza, avrà forzatamente un notevolissimo peso su quelli che potranno essere gli effetti di una o poco più iniezioni, sia perchè non sarebbe certo agevole il pungere più volte quando ad esempio necessitasse l'isolamento del vaso, sia perchè è presumibile che l'azione diretta sul focolaio debba essere di per sè stessa molto fugace; fugacità in senso assoluto, per la velocità stessa della corrente sanguigna, in senso relativo per la suaccennata grande resistenza delle forme microbiche.

c) Ne consegue che le *forme acute localizzate* sembrano *costituire l'indicazione migliore* per l'iniezione medicante intrarteriosa, sempre beninteso che il medicamento venga immesso nel tronco arterioso irrorante il territorio affetto. Gli agenti abituali delle affezioni acute si trovano indubbiamente più esposti, a loro volta per ragioni morfologiche e biologiche, ad una qualunque azione rivolta contro il loro sviluppo e la loro vitalità.

2) Le indicazioni, così poste, non mancano di darci in molta parte ragione della mancanza quasi assoluta di risultati veramente convincenti in mezzo alle prove fino ad oggi com-

piute. Il più delle volte si vide l'indicazione là dove forse non era.

Ciò nondimeno io credo che la questione dell'indicazione, se pur di prim'ordine, non debba essere la sola. Una seconda ragione di insuccesso può con molto fondamento essere la seguente: poichè un tale sistema di terapia si trova basato essenzialmente sulla circolazione sanguigna, è ben naturale che esso *non risponda troppo laddove*, per i caratteri propri dell'affezione in causa, o per la struttura anatomica stessa normale (tessuti cartilaginei, ossei) o patologica (tessuti cicatriziali, formazioni ascessuali) dei tessuti interessati, *la circolazione capillare sia assente o scarsa o non raggiunga le immediate vicinanze del germe.*

A tal proposito, richiamandoci ancora per un momento alle forme croniche, ricordiamo come spesso questo difetto di circolazione della zona che le alberga rappresenti uno dei fattori più importanti della resistenza del germe contro qualsiasi azione antagonista che segua le vie naturali. Tale è il caso dei granulomi infettivi, delle formazioni cancerose scirrose ecc. La tubercolosi ad esempio, trattata da alcuni Autori non può certo costituire un buon campo di esperimento; il suo bacillo, già protetto da una capsula resistentissima è solito isolarsi al centro del suo tubercolo, formazione fortemente ischemica.

È abbastanza evidente insomma come lo sviluppo della circolazione sanguigna a ridosso, diremo così, dei corpi batterici debba giuocare una parte importante. Assai dimostrativo a questo riguardo è il caso che segue.

Il 30-4-1929 accolgo in ospedale il bimbo Simoni Gino da Comacchio dell'età di 15 mesi, affetto da artrosinovite purulenta del ginocchio destro secondaria a broncopolmonite. Procedo immediatamente all'artrotomia sotto eteronarcosi, e ripongo l'arto in apparecchio fissatore a doccia. Nei quattro giorni successivi il pus sgorga liberamente per le aperture e le controaperture mantenute da drenaggi tubolari di gomma, e la temperatura da una media di 39° si abbassa di vari decimi in una col migliorare delle condizioni generali. Al 5° giorno però, col rapido salire della temperatura a 40°, compare uno spiccato arrossamento erisipelatoso in tutta la regione del ginocchio, mentre le scarse granulazioni dei bordi delle ferite, prima rosee, si fanno rosso-scure. Il giorno seguente le condizioni generali e locali sono ancora peggiorate; l'aspetto del paziente tradisce uno stato tossico profondo; il polso è a 150, l'erisipela ha preso tutto quanto l'arto dalla punta delle dita alla radice della coscia, e lo scolo purulento ha fatto posto ad una scarsa secrezione sierosa bianco-sporca; le ferite sono torpide, di colore bluastro, asfittico; lembi grigiastri di legamenti e di capsula appaiono profondamente; il ginocchio è notevolmente più gonfio, e l'edema è spiccatissimo in tutto l'arto.

Tali inquietanti condizioni mi decidono a tentare la via arteriosa. Senza narcosi e con una certa difficoltà per l'infiltrazione notevole dei gangli linfatici locali, isolo l'arteria crurale, nonostante che anche a questa regione siasi diffuso il processo erisipelatoso, e inietto 10 cmc. di Zimargolo isotonizzato. Unisco poi con un sol punto metallico i bordi della ferita al semplice scopo di ricoprire alla meglio l'arteria. Bendo e ripongo l'arto nella doccia.

Ventiquattro ore dopo l'erisipela è per tutto scomparsa fuorchè al piede; dopo 40 anche il piede ne è libero. Detumefazione completa dell'arto con cute assai raggrinzata e secca, eccetto che al piede dove permane un lieve edema bianco pastoso. I bordi delle ferite sono nuovamente rosei e di nuovo il pus scola dai tubi; qualche lembo fibroso necrosato esce, spontaneamente eliminato. La temperatura si mantiene ancora alta per due giorni; al terzo comincia a diminuire e al decimo scompare. Il drenaggio viene tolto dopo dieci giorni dall'intervento artrotomico e in 25ª giornata si ha la cicatrizzazione completa del ginocchio.

La ferita crurale, naturalmente trasformatasi in piaga, cicatrizzò in 15 giorni.

Nessun processo di arterite si istituì alla regione crurale nè altrove; nonostante la sepsi superficiale e profonda del campo operativo.

Da notarsi la giovanissima età del bimbo (15 mesi) di fronte ai 10 cmc. di argento colloidale iniettato.

Il caso è dunque, oltre il resto, una chiara dimostrazione dell'importanza che ha, in questo genere di terapia, l'esistenza di una rete capillare ben sviluppata e ancora integra in mezzo al focolaio infiammatorio. L'articolazione suppurata, quasi priva di circolo, rimase pressochè indifferente all'iniezione; la suppurazione vi si esaurì infatti solo dopo 25 giorni circa, termine che di solito in questi casi si può dire indispensabile al compiersi di un decorso favorevole. Per contro l'erisipela, affezione che, specie all'inizio, anzichè produrre fatti distruttivi o suppurativi atti a compromettere fortemente la circolazione locale, si caratterizza per uno stato di forte iperemia, sentì immediatamente l'azione dell'argento portato dal sangue arterioso, e, per quanto estesissima, fu annientata nelle prime 24 ore. L'epidermide e il derma poi, in condizioni normali, sono già ricchissimi di capillari.

Quanto all'erisipela in sè stessa, essa si mostra una affezione particolarmente adatta per questo trattamento, qualora la sua localizzazione lo renda possibile. È da credere per esempio che in certe forme della faccia e del capo assumenti spesso una estrema gravità, l'azione antisettica regionale portata attraverso la carotide esterna possa dare risultati insperati.

3) Ma un terzo elemento mi sembra di dover porre come condizione di buon risultato.

Premetto però che per la grande scarsità di dati sperimentali non rimane a quanto verrò dicendo che il semplice valore di un'opinione.

Siamo alla scelta del medicamento.

I criteri che ho creduto opportuno seguire in questa scelta riposano su una concezione piuttosto differente da quella che ha informato gli esperimenti di altri. Infatti tutti o quasi (e naturalmente mi riferisco a coloro che hanno inteso fare della terapia regionale, chè per gli altri non è il caso di far discussione) si sono serviti di vere e proprie soluzioni antisettiche nell'intenzione evidente di esplicare con esse un'azione battericida diretta sul focolaio infettivo.

Con quale meccanismo? Volendolo supporre la soluzione avrebbe dovuto necessariamente attraversare la parete dei capillari senza alterarla, entrare negli spazi interstiziali e pervenire a contatto del germe paralizzandolo o uccidendolo senza fare altrettanto colle cellule dei tessuti. Meccanismo ideale invero molto problematico.

Anzitutto, quanta parte di soluzione può filtrare nei tessuti a capillari integri? Non certo tutta; anzi poca parte; forse una parte minima; la maggiore probabilmente ritornerà per il circolo venoso senza uscire dalla corrente sanguigna, e con notevoli alterazioni delle sue proprietà. Ciò è da supporsi. Ma oltre questo v'è il pericolo che l'antisettico danneggi seriamente, oltre e prima che il germe, i tessuti e particolarmente le pareti capillari delicatissime e fragilissime non tanto per ciò che può essere la vitalità di ogni loro singola cellula quanto per ciò che è funzione di vero e proprio sistema cellulare, di vero e proprio organo. La semplice paresi della funzione capillare può sconvolgere profondamente il naturale e salutare prodursi di quei fenomeni difensivi e riparatori vascolo-sanguigni (vasodilatazione, trasudazione sierosa, diapedesi leucocitaria, migrazione di elementi cosidetti « pluripotenti ») soliti a verificarsi a livello di ogni processo infiammatorio, e ai quali i capillari prendono parte attivissima. E questi timori non sono infondati. Lo stesso Parlavecchio ebbe in due animali la gangrena dell'arto per avere iniettato il primo con 800 gr. di soluzione di sublimato all'1:10.000, il secondo con 800 gr. di soluzione di actolo all'1:5000; soluzioni queste, dal punto di vista antisettico, estremamente deboli. Non ebbe gangrena in un terzo animale in cui aveva iniettati 900 gr. di soluzione di chinosol all'1:5000; ma quale azione mai a questo titolo potrebbe avere il chinosol sui comuni germi quando sappiamo che appena all'1:100 è antisettico sufficiente nelle comuni affezioni delle mucose e della pelle?

Date queste possibilità, il medicamento da usarsi avrebbe dovuto rispondere ai seguenti requisiti: essere un buon antisettico, non essere tossico, e avere la « capacità di sostare » il più possibile o magari di arrestarsi per la massima parte « nei distretti capillari colpiti per agirvi con notevole e benefica continuità ».

Pensai ai metalli colloidali e, fra essi, all'argento. L'argento colloidale a piccoli grani è notoriamente un energico inibitore dello sviluppo microbico; inoltre nessuno ha potuto rivelare in esso, come del resto nei colloidi in genere, una vera e propria tossicità. La morte da metalli colloidali è una morte per shock umorale, non una morte tossica; Foà e Agazzotti l'hanno chiaramente dimostrato; e già colpisce di per sè stessa la mancanza di parallelismo fra la dose di un colloide metallico necessaria per uccidere un animale da esperimento e la dose mortale del medesimo metallo introdotto sotto forma di sale; il colloide viene sopportato a dosi enormemente più forti. Tipici sono i paragoni fra l'$As_2 O_3$ e il solfuro di arsenico, e tra i sali anorganici di arsenico e gli arsenobenzeni; un coniglio di Hillefeld sopportò 10 gr. di solfuro di arsenico, mentre il Ronyer (entrambi citati dal Kopaczewscki) indica come dose tossica per il cane gr. 0.003 di As_2O_3 per kg. di animale.

Peraltro le proprietà che di questa sostanza maggiormente mi attrassero, più ancora di quelle riferibili alle sue caratteristiche chimiche, furono quelle in relazione colla sua struttura fisica: esso era per prima cosa un colloide. Io pensai che, come colloide, poteva flocculare e perciò presumibilmente favorire all'altezza dei capillari la sosta o l'arresto delle sue stesse micelle metalliche, creando in tal modo la condizione principale affinchè l'eventuale azione inibitrice sul focolaio si facesse *durevole*, non solo, ma ad essa prendesse parte *tutta o quasi* la dose iniettata senza pressochè alcun ritorno inutile di questa per le vene. Azione di massa dunque e di lunga durata era lo scopo della scelta del colloide, e il bel risultato due volte ottenuto mi fa credere di averlo raggiunto. Tuttavia oggi, a proposito del meccanismo probabile di quell'azione, la rapidità veramente sorprendente di quei risultati mi induce a pensare a qualche cosa di più e di diverso dalla semplice flocculazione; essa mi porta ad ammettere una vera e propria *diapedesi* delle particelle metalliche, tale, da condurre queste ultime a contatto diretto coi corpi batterici. Una diapedesi per accollamento ai leucociti accorrenti verso il focolaio o per forza

di altra natura? Quale parte potrebbe avervi la carica elettrica di cui sappiamo dotate le micelle?

Il pensare che l'azione del colloide consista in una trasudazione del solo suo solvente che pur sappiamo contenere tracce di ossido d'argento e di argento disciolto, è poco verosimile; l'azione del solvente, anche ammessa, sarebbe assai debole di per sè sola; troppo debole per spiegare un tale rapido spegnersi della vitalità dei germi. Si potrebbe pensare che il colloide attivando i processi ossidativi favorisse e intensificasse la diapedesi stessa dei leucociti e in genere la migrazione degli elementi della difesa attiva, col conseguente intensificarsi della fagocitosi; ma in questo caso la rapidità non rimarrebbe neppure troppo spiegata; senza dire che ad un aumento della diapedesi, assai forte, dovrebbe verosimilmente corrispondere dal lato clinico un transitorio ma notevolissimo aumento dell'edema e insieme del dolore locale. Fatti questi mancati in entrambi i casi.

Ammettiamo dunque per ora una diapedesi delle micelle del colloide, come l'unico fatto che ci dia sufficiente ragione della maggior parte dei fenomeni verificatisi. Quanto al suo meccanismo lo lasciamo da parte per non entrare nel fantasioso e nell'arbitrario.

4) Quarta ed ultima condizione capace di favorire il buon risultato credo sia la tempestività dell'intervento. Non si attenda cioè che alcun processo suppurativo o distruttivo settico in genere siasi iniziato, perchè tali processi, per loro natura ischemici, non sono raggiungibili dal sangue medicato; talchè, anche se si otterrà la limitazione o l'arresto dell'infezione non si rimedierà alle alterazioni che su quei tessuti o processi suddetti possono aver portato.

L'intervento precoce può anche salvare anatomicamente e funzionalmente la parte.

* * *

Ricapitolando:

1) La terapia intrarteriosa va intesa come una terapia regionale.

2) Le forme infiammatorie acute localizzate ne costituiscono la indicazione migliore.

3) I medicamenti più adatti sembrano essere i colloidi metallici.

4) Fra le condizioni più favorevoli è da porsi la precocità dell'intervento rispetto al possibile istituirsi di processi suppurativi o distruttivi settici.

Aggiungiamo anche:

5) Che il punto dell'iniezione endoarteriosa deve essere scelto il più vicino possibile alla zona colpita in modo che si abbia il minimo di dispersione del medicamento in parti non malate, coll'avvertenza beninteso di non portarlo troppo vicino onde non escludere dalla medicazione alcun settore della zona affetta. L'anatomia deve insegnare.

6) Che è consigliabile l'abbandono del laccio potendo la stasi danneggiare maggiormente i tessuti già compromessi.

7) Che la gravità della forma in genere e del caso in particolare deve giustificare l'intervento spesso tutt'altro che semplice.

È fuor di dubbio che la medicazione intrarteriosa è ancora molto giovane; e non è certo per ora una sua sistematizzazione lo scopo che io mi sono proposto con quanto ho detto fino ad oggi. Ho esposto semplicemente delle opinioni le quali non sono altro che un tentativo diretto al miglior orientamento di questa terapia ancora incerta e indisciplinata; e ho comunicato i risultati lusinghevoli di due miei esperimenti i quali, oltre che costituire un contributo sia pur modesto all'argomento interessantissimo, incoraggeranno, spero, altri Colleghi su questa via che appare piena di promesse.

24 febbraio 1930-VIII.

Policlinico "Umberto I,, - Padiglione Isolamento.

Primario: Prof. T. PONTANO.

La cura del flemmone profondo della mano con iniezione di argento colloidale intra-arteriosa.

Dott. G. SCOLLO, aiuto-chirurgo.

Il dott. Bonoli, chirurgo direttore dell'Ospedale S. Camillo di Comacchio, ha pubblicato nel n. 24 della Sezione pratica del *Policlinico*, 1929, il risultato di un esperimento di cura, da lui fatto, in un flemmone diffuso profondo della mano, a mezzo di iniezione intra-arteriosa di argento colloidale.

Tale risultato sarebbe stato sorprendente oltre ogni attesa, come scrive l'autore; poichè i fenomeni infiammatori della mano del paziente trattato con tale metodo di cura, regredivano notevolmente in 24 ore, per scomparire poi del tutto in pochi giorni, senza che alcun'altra terapia, nel frattempo, fosse stata attuata.

Invero, se si pensa alla ordinaria gravità dei flemmoni profondi della mano e agli interventi spesso molteplici e sempre delicati ch'essi richiedono, con i risultati funzionali non sempre brillanti che se ne ottengono, sopratutto quan-

do essi interventi non siano tempestivi e condotti *lege artis*, l'esperimento comunicato dal dott. Bonoli è realmente sorprendente nel suo esito, e tale da incoraggiare altri a seguirlo (1).

Talchè trovandomi a far servizio nel reparto chirurgico del padiglione Isolamento del Policlinico, ove di flemmoni e della peggiore specie se ne vedono *ad abundantiam*, ottenutane l'autorizzazione dal primario prof. Pontano, decisi di applicare il metodo di cura del dott. Bonoli in un paziente, del quale qui riassumo la cartella clinica.

M. A., di anni 42, macellaio, da V., si ferisce con un rampino al mignolo della mano sinistra. La lieve ferita non gli impedisce, dapprima, di continuare a lavorare; ma malcurata, qualche giorno dopo gli provoca l'infiammazione della mano. E come questa, nello spazio di poco tempo, si fa tutta gonfia e dolente, e sopraggiunge febbre, il paziente viene subito a Roma e si fa ricoverare nel nostro reparto.

Noi lo vediamo febbricitante (ha 38,4 di febbre, mentre la sera precedente la temperatura è salita fino a 39,4); e gli riscontriamo, come residuo della ferita, una piccola soluzione di continuo in via di cicatrizzazione alla prima falange del mignolo sinistro, e tutta la mano corrispondente, gonfia, calda, dolente e leggermente arrossata. La tumefazione che si estende a tutto il terzo inferiore dell'antibraccio, misurata a livello della palma della mano dà 24 cm. di circonferenza; a livello del polso 20 cm., rispettivamente 3 e 4 cm. di più che a destra. La dolenzia alla pressione è piuttosto diffusa; le dita sono in atteggiamento semiflesso: il movimento attivo ne è limitato, quello passivo di estensione libero, ma un po' dolente. Non si apprezza fluttuazione in alcun punto, mancano segni clinici di formazione profonda di pus (color rosso-vivo cutaneo, edema, dolore netto squisito alla pressione). Si ritiene quindi trattarsi di un flemmone profondo diffuso della mano allo stadio di infiltrazione, e si decide di attuare l'intervento secondo Bonoli.

Oper. 21-6-29 (dott. Scollo).

Anestesia locale. Incisione al terzo medio del braccio sinistro, lunga circa 6 cm. Isolamento dell'arteria omerale. Iniezione intrarteriosa con siringa montata da aghetto sottile, di otto cm. cubici di argento colloidale. Sutura a strati della ferita. Leggero bendaggio. Nessun'altra terapia a carico della mano. Come particolare tecnico, abbiamo notato la coartazione notevole dell'arteria, come in una vera e propria simpaticectomia, che rende delicata, attraverso un sottile ago, la introduzione del liquido medicamentoso. Estratto l'ago, una compressione di poca durata fa chiudere il sottile foro arterioso.

Diaria, g. 22-6-29: il gonfiore non è aumentato alla mano, aumentato un poco al polso (circa mezzo cm.); dolori e temperatura un po' diminuiti, più accentuato lo arrossamento.

Giorno 23-6-29: gonfiore della mano, diminuito di un cm.; invariato al polso. Temperatura diminuita ancora; maggiore l'arrossamento cutaneo, più netta la localizzazione dolorosa, premendo medialmente al polso e alla radice della mano, dal lato volare. Nonostante l'attenuazione di alcuni sintomi, e il senso subiettivo di miglioramento che il malato dice di provare, si ha il sospetto clinico che del pus si sia formato per l'accentuazione del rossore e del dolore alla pressione. Tuttavia si decide di attendere, per giudicare l'esperimento con maggior precisione.

Giorno 24-6-29: la febbre si è di nuovo elevata nella notte (39-7); l'arrossamento al polso tende al cupo, il dolore alla pressione in aumento. Ci si decide allora di ritornare al vecchio adagio: *ubi pus, ibi evacua;* e, in cloroetilnarcosi, si pratica lo sbrigliamento del flemmone. Svuotato il pus, si trova l'estremo inferiore del cubito scoperto. L'articolazione del polso fu tosto invasa dalla infiammazione purulenta; e occorse un'artrotomia ampia prima, e l'asportazione, poi, della prima fila delle ossa del carpo, per vincere l'infezione e far volgere il paziente a guarigione.

Come ognun vede, il risultato ottenuto da noi non è stato niente affatto brillante come quello conseguito dal dott. Bonoli. Dirò anzi di più: che, per avere atteso più del necessario, forse abbiamo permesso all'infezione purulenta di progredire più di quel che non avrebbe fatto, se trattata generosamente senza ritardo.

Ci si potrà obiettare che noi abbiamo adoperato il metodo in uno stadio non perfettamente infiltrativo del flemmone; e che perciò, così come scrive il Bonoli, è venuta a mancare la condizione anatomo patologica necessaria alla riuscita del metodo stesso. Ma, a parte la difficoltà di inferire esattamente dalle manifestazioni cliniche lo stato di fatto anatomico di una lesione infiammatoria, e la limitazione notevole di uso che viene al metodo, in ogni modo, se lo si deve adoperare solo nello stadio infiltrativo, potremmo sempre chiederci se il flemmone trattato dal Bonoli nello stadio di infiltrazione, non fosse, per caso, uno di quelli che volgeva per suo conto alla risoluzione spontanea. E se poi, invece di un vero e proprio flemmone, si fosse trattato di un processo linfangitico, susseguito alla puntura del callo, (come potrebbe farlo sospettare la constatazione della linfoghiandola regionale, grossa e dolente) il risultato favorevole ne verrebbe di molto sminuito, sol che si pensi alla frequenza con cui vediamo molti processi linfangitici, risolversi spontaneamente con la semplice te-

---

(1) Quando il presente articolo era già stato scritto, ho letto la nota polemica di Cinquemani che rivendica giustamente a Parlavecchio la priorità dell'idea di servirsi della via arteriosa, per l'introduzione di rimedi. Comunque è da riconoscersi che Bonoli è stato forse il primo ad adoperare la via arteriosa con metodo e in un caso clinico determinato.

rapia del riposo della parte. Che se poi non bastasse il caso clinico, da solo, a ingenerare un giustificato scetticismo sulla efficacia del metodo dell'introduzione arteriosa di farmaci battericidi, o sedicenti tali, vi è anche lo esperimento di laboratorio che ne parla contro.

Poco dopo aver praticato il mio intervento, leggevo nel « Journal de Chirurgie » una recensione di un articolo nel dicembre scorso degli « Annals of Surgery », a firma di Zung dau Zan e Meleney, nel quale gli autori, partendo dallo stesso concetto del Bonoli, di portare direttamente il rimedio nella zona malata, dicevano di avere iniettato, nell'arteria dell'arto portatore della lesione infiammatoria, mercurocromo, violetto di genziana, acriflavina in forti dosi, sempre con risultato negativo.

Non si vede, quindi, vantaggio alcuno, anche per lesioni localizzate, di introdurre il rimedio per la via arteriosa anzichè per quella venosa; tanto più che la prima richiede un intervento sempre delicato e non facilmente rinnovabile e la seconda è invece alla portata di tutti e può essere battuta infinite volte.

Che l'argento colloidale, sol perchè introdotto per la via arteriosa, possa determinare, nella quantità di otto cmc. un effetto biologico così notevole da far abortire un flemmone diffuso profondo della mano, è difficile a spiegarsi.

O l'argento colloidale sosta nei distretti capillari e finisce con embolizzarli; o filtra nelle maglie del tessuto infiammato; oppure circola nel torrente sanguigno, limitandosi a una azione indiretta di stimolo delle naturali azioni difensive dell'organismo. E allora, nella prima ipotesi, c'è da pensare se la sua azione non sia più dannosa che utile; nella seconda ipotesi, alla delicata iniezione intra-arteriosa di quantità sempre limitate del rimedio, si potrebbe forse sostituire l'infiltrazione diretta di dosi più generose; e nella terza ipotesi infine, crederei senz'altro più indicata la semplice via venosa. L'efficacia quindi del metodo della via intra-arteriosa è teoricamente discutibile; e se qualcuna ne ha, penserei di ascriverla più che al medicinale che si inietta, alla involontaria simpaticectomia che si pratica nello isolamento dell'arteria, come nel nostro caso e in quello di Bonoli è avvenuto.

A mo' di chiusura, posso quindi dire, che la verità scientifica in fatto di flemmoni, sino a prova contraria, rimane per me, quella che è stata sempre ed è, credo per tutti, una sola: incidere precocemente, incidere generosamente.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di flemmone diffuso profondo della mano, trattato con iniezione intraarteriosa di argento colloidale, con esito negativo. Pensa che il metodo sia discutibile, e se una efficacia presenta, è forse più da ascriversi alla simpaticectomia periarteriosa che si pratica nella manovra dello scoprimento dell'arteria.

Roma, dicembre 1929.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI MANTOVA
1° REPARTO DI MEDICINA GENERALE
diretto dal prof. I. SACCHETTO.

Contributo alla conoscenza dei tumori primitivi del polmone. Sopra un raro caso di linfoangioendotelioma

per il dott. GIUSEPPE DE SIMONE, assistente.

Recenti pubblicazioni hanno arricchito la nostra conoscenza sui tumori primitivi del polmone dimostrando che non sono così rari come generalmente si credeva. Le varie statistiche (Pässler, Lavrinovic, Brandt, Marchesani, Stahelin, Hanf, Casolo, Letulle, Huguenin, ecc.) ne danno un continuo aumento e tutti concordano nell'ammettere la grande difficoltà della diagnosi, che a volte è assolutamente impossibile. La percentuale degli errori diagnostici è molto elevata, non inferiore al 60-80 % (Lavrinovic, Kramer, Casolo, ecc.). Fanno eccezione quei rari casi nei quali è possibile mettere in evidenza nell'escreato o nel liquido pleurico elementi neoplastici e quelli che permettono un esame biopsico di una metastasi ghiandolare o che sono visibili alla broncoscopia. La causa è che i sintomi sono spesso incostanti, più o meno incerti e nessuno di essi patognomonico della neoplasia polmonare. D'altra parte a seconda dell'origine, della localizzazione e dello sviluppo del tumore mentre sono presenti alcuni sintomi altri mancano ed è questo carattere, unito al reperto semeiologico polmonare, che permette di stabilire particolari quadri clinici. Gli AA. distinguono tre gruppi:

1) *Tumori che prendono origine dall'ilo.* In tale gruppo si ha una sindrome mediastinica più o meno completa: rete venosa superficiale; edema e cianosi del tronco, del collo e del viso; zona di ottusità retrosternale più o meno estesa verso il lato del polmone affetto a seconda del volume del neoplasma; irregolarità

del polso fino al *pulsus differens;* paresi o paralisi delle corde vocali; disturbi del simpatico cervicale, ecc.

II) *Tumori complicati da versamento pleurico.* E' questa un'evenienza molto frequente, secondo Brandt presente nel 55 % dei casi. Il versamento può essere fibrinoso od emorragico. Quest'ultimo carattere è abbastanza frequente ed indirizza alla diagnosi. Altra caratteristica è che il versamento si riforma con facilità dopo la toracentesi. Ma non sempre si trova liquido e a volte si riscontra una cotenna pleurica spessa che circonda una zona atelettasica. Nell'introdurre l'ago si avverte una resistenza notevole e la ricerca del liquido riesce negativa. Sebbene raramente la puntura esplorativa può dar luogo ad esito di liquido purulento non proveniente però dal cavo pleurico ma dal neoplasma degenerato ed infettato da microrganismi. Il decorso di questa forma è piuttosto lungo, da sei mesi fino a tre anni.

III) *Tumori nodulari.* E' questo il gruppo che presenta le maggiori difficoltà diagnostiche. Se il nodo è unico e centrale può non presentare alcuna nota obbiettiva e solo in seguito, aumentando di volume, determinare una ipofonesi con aumento del fremito e respiro bronchiale. Se i noduli sono numerosi, piccoli e disseminati nel parenchima polmonare per i fatti congestizi che facilmente conseguono si avrà un reperto somigliante a quello di una bronco-polmonite a focolai. Quando invece la invasione interessa progressivamente un intero lobo si presentano i segni fisici di una atelettasia polmonare che per il decorso e il complesso sintomatologico richiama il sospetto della forma neoplastica. Per fatti degenerativi centrali può formarsi una caverna con i relativi segni obbiettivi ed allora facile è lo scambio con una forma cavitaria tubercolare. E' da notare che le due malattie possono coesistere nel 6 % dei casi, epperciò la ricerca positiva del b. di Koch nell'espettorato non esclude senz'altro la neoplasia. Ma a volte il nodulo, per lo più centrale, può non dar luogo a metastasi ed anzi aumentando di volume conservare una forma rotondeggiante così da presentare il quadro clinico di una formazione cistica. Nella letteratura di questi ultimi anni si riscontrano diversi casi di tali tumori, in maggioranza sarcomi, portati al tavolo operatorio come cisti di echinococco suppurate o no (Meriel, Phelip e Grenaud, Rossi e Vigevani, Campanelli, Cecchini, de la Villéon). Per i particolari caratteri che presentano non mi appare esagerato farne un gruppo clinico a sè.

A questo proposito credo interessante riferire un caso da me osservato, che rientra nel gruppo accennato, e che riveste una particolare importanza per la rarità della forma neoplastica.

C. D., d'anni 34, contadina, coniugata, da Pegognaga. Il padre morì all'età di 60 a. in seguito ad ictus apoplettico; la madre è vivente e sana. Un fratello morì a 25 anni di meningite (la cui etiologia non è possibile precisare) ed una sorella alla stessa età di tubercolosi polmonare. Nata a termine da parto eutocico la p. ebbe allattamento materno; sviluppo psichico e somatico regolari. Soffrì a 6 anni di infezione tifosa durata circa 2 mesi e della quale guarì senza postumi. Ebbe a 15 anni le prime mestruazioni, mantenutesi in seguito regolari. Ha vissuto sempre in campagna dedicandosi ai lavori agricoli. A 24 anni si coniugò con uomo apparentemente sano dal quale ebbe una sola gravidanza condotta a termine. Il marito e la figlia godono buona salute. La p. 9 anni fa cominciò ad avvertire un leggero dolore pressivo, ottuso, localizzato alla regione sottomammaria destra. Tale dolenzia durava pochi secondi ed insorgeva molto raramente così che la p. non ricorse al medico. Agli inizi della primavera del 1923 il disturbo suddescritto aumentò d'intensità accompagnandosi a modico affanno di respiro. Contemporaneamente insorse inappetenza, dimagrimento, pallore e crescente debolezza tanto che la p. non potè più accudire ai lavori più faticosi dapprima abituali. Non ebbe tosse, nè espettorazione, nè febbre, Praticò cure iodiche e ferruginose per os e per iniezione ma senza giovamento ed i disturbi scomparvero completamente solo nell'autunno dello stesso anno.

La m. tornò nel completo benessere e potè riprendere le sue normali occupazioni. In seguito la p. ha avuto a soffrire ancora ogni anno e sempre nel periodo primavera-estate i fatti morbosi suddescritti mentre afferma che ad eccezione del dolore all'emitorace d. e della leggera dispnea, che comparivano e si accentuavano specie durante i periodi mestruali, nell'autunno e nell'inverno si sentiva completamente bene. Ai primi di aprile del corrente anno nuovamente ricomparvero il dimagramento, il pallore e la forte debolezza; a tali disturbi però si aggiunse febbre intermittente non superante i 39° ed abbondanti sudorazioni notturne.

Il dolore aumentato anch'esso di intensità, cominciò a presentare irradiazioni al dorso ed alla spalla destra accompagnandosi a più cospicuo affanno di respiro. Non ebbe tosse, nè espettorazione, nè emoftoe.

Non ricavando la p. alcun beneficio dalle solite cure venne inviata dal medico di condotta al Tubercolosario di Belfiore donde tre giorni dopo venne trasferita in quello di Medicina Generale.

Esame obbiettivo (18-VI-1929): Soggetto di costituzione scheletrica regolare; stato di nutrizione scaduto. Colorito della cute e delle mucose visibili pallido. Subittero alle sclere. Muscolatura ipotrofica ed ipotonica; adipe scarso. Non si notano manifestazioni cutanee. Decubito indifferente, preferito però il laterale sinistro.

App. ganglionare linfatico: alle regioni inguinali ed ascellari si palpano diverse linfoghiandole della grandezza di un cece ad un piccolo fagiuolo, di consistenza duro elastica, indolenti, mobili sui piani superficiali e profondi, non fuse fra loro.

App. respiratorio: torace a tipo cilindrico, con fosse sopra- e sottoclavicolari ben appariscenti. Respiro superficiale, atti respiratori 38 al m'. Non si notano bozze o deformazioni, nè reticolo venoso superficiale. L'emitorace destro misura 41 cm., il sinistro 40 all'altezza del IV spazio intercostale. All'emitorace destro si nota fra la paravertebrale e l'ascellare post. una marcata ipofonesi il cui limite superiore, convesso in alto, corrisponde al VII spazio intercostale sull'angolare della scapola mentre in basso si estende fin quasi al margine inf. del polmone. Detta ipofonesi nella sua parte centrale assume un netto carattere di suono di scatola per un diametro di circa 3 cm. Il fremito vocale tattile è rinforzato su tale zona. Non si apprezza fremito idatideo. I margini polmonari si espandono bene sia anteriormente che post. L'ascoltazione sulla zona ipofonetica fa rilevare numerosi rantoli a piccole e medie bolle oltre ad un respiro leggermente bronchiale. Nulla si nota a carico del polmone sinistro.

App. cardiovascolare: itto della punta al V spazio sull'emiclaveare; fascio vascolare e confini cardiaci nei limiti normali. Toni netti, pause libere. Polso 94 ritmico, valido, eguale. Pressione arteriosa: Mx 115, Mn 60.

Addome: di forma e dimensioni regolari, bene palpabile, indolente. Non segni di versamento libero.



FIG. 1. — Radiografia del torace in posizione obliqua anteriore destra.

Fegato: margine sup. alla VI costa, margine inf. ad un dito trasverso dall'arco costale sull'emiclaveare, di consistenza non aumentata, a superficie regolare.

Milza: polo sup. alla IX costa sull'ascellare media; polo inf. a 2 cm. dall'arco, di consistenza piuttosto aumentata.

L'esame del sistema nervoso non mette in evidenza alcun segno patologico.

Esami speciali:

Es. urine: colorito arànciato, limpide, acide; p. s. 1018; albumina, zucchero, pigmenti biliari assenti; urobilina: traccie; sedimento: negativo.

Es. sangue (20-VI): emazie discretamente colorate, con scarsa tendenza all'impilamento. Modico grado di anisocitosi, discreto aumento del numero di emazie granulo-filamentose. Hgb. 40; Gl. R. 3.110.000; V. G. 0,66; Gl. B. 20.400. Form. leuc.: linfociti 14, monociti 2, granulociti neutrofili 80, eosinofili 4.

Cutireazione per la tubercolosi alla V. Pirquet: positiva intensa con formazione di escara.

Intradermoreazione per l'echinococcosi alla Casoni: negativa con liquidi cistici diversi.

Reazione di Wassermann sul siero di sangue: negativa.

Es. radiologico (22-VI: dott. Mantovani): L'esame radiologico del torace dimostra l'esistenza di una grossa ombra opaca, rotondeggiante, a contorni regolarissimi, d'aspetto uniforme, del volume di una grossa arancia, non modificabile sotto i colpi di tosse e senza livelli liquidi, situata nella regione centrale e posteriore del lobo inf. destro, sommantesi con parte dell'ombra epatodiaframmatica più intensa ed il cui contorno è nettamente distinto dall'ombra descritta. Nessun segno di reazione pleuritica attorno alla formazione suddetta che compie movimenti ampi sincroni col diaframma durante i profondi atti respiratori, i quali mettono bene in evidenza i seni pleurici complementari specie il costo-diaframmatico. Il disegno polmonare appare normale se si eccettua la presenza di un leggero addensamento diffuso a tipo peribronchitico con ombre ilari alquanto più accentuate della norma. Nel lobo medio destro si osserva una piccola calcificazione. Il reperto sta ad indicare l'esistenza nel lobo inferiore destro di una formazione cistica probabilmente di echinococco ».

Indirizzato così il concetto diagnostico su una formazione cistica suppurata del polmone si praticano delle punture esplorative nell'VIII e IX spazio interc. post. che dànno però esito negativo.

La m. tenuta in osservazione, durante la degenza di circa 2 mesi, con una cura arsenicale appare migliorata nelle condizioni generali con aumento delle forze, dell'appetito e di circa 3 kg. in peso corporeo.

L'es. di sangue (10-VIII) dimostra anch'esso un notevole miglioramento: Hgb. 58; G. R. 3.900.000; V. G. 0,76; G. B. 20.800. Form. leucoc.: linfociti 7,5, monociti 1, gran. neutr. 87, eosin. 4,5.

I disturbi soggettivi invece non presentano modificazioni, anzi più vivace è il dolore toracico con frequenti esacerbazioni parossistiche e con irradiazioni alla spalla ed all'arto sup. di destra. La febbre si mantiene oscillante fra i 38°,4 alla sera ed i 36°,3 al mattino rimettendo con cospicue sudorazioni, meno abbondanti però di quelle notate nei primi giorni di degenza. Il reperto fisico polmonare dà un leggero aumento della zona ipofonetica. L'ascoltazione è variabile nel senso che in alcuni giorni sono apprezzabili numerosi rantoli a piccole bolle, assenti invece del tutto in altri.

L'intradermoreazione alla Casoni e la Wassermann nel sangue ripetute sono nuovamente negative.

L'esame delle urine non ha mai messo in evidenza alcuna alterazione. Persistente in ripetuti esami è la leucocitosi con la leggera eosinofilia; come pure invariato è il reperto radiologico in un successivo esame ripetuto il 27-VII, solo la massa pur conservando i caratteri descritti nel primo esame, appare ingrandita.

La costanza del reperto fisico polmonare e di quello radiologico; il decorso così lungo della malattia unito al notevole miglioramento dello stato generale con aumento di tre kg. in peso corporeo, del numero dei globuli rossi, nonchè delle forze e dell'appetito; la persistenza della febbre, delle profuse sudorazioni e della leucocitosi con eosinofilia; nonostante la negatività della Casoni e delle punture esplorative inducono ad ammettere la presenza di una cisti di echinococco suppurata e si decide perciò l'intervento che viene praticato il 22-VII dal primario chirurgo Mambrini.

Narcosi morfio-eterea. Incisione dell'VIII costa che viene resecata per circa 10 cm.; essendo la breccia piccola si reseca anche la IX. Si nota che la pleura parietale è lassamente aderente alla viscerale. All'ispezione del campo operatorio non si osserva null'altro d'importante mentre alla palpazione si nota una resistenza duro-elastica.

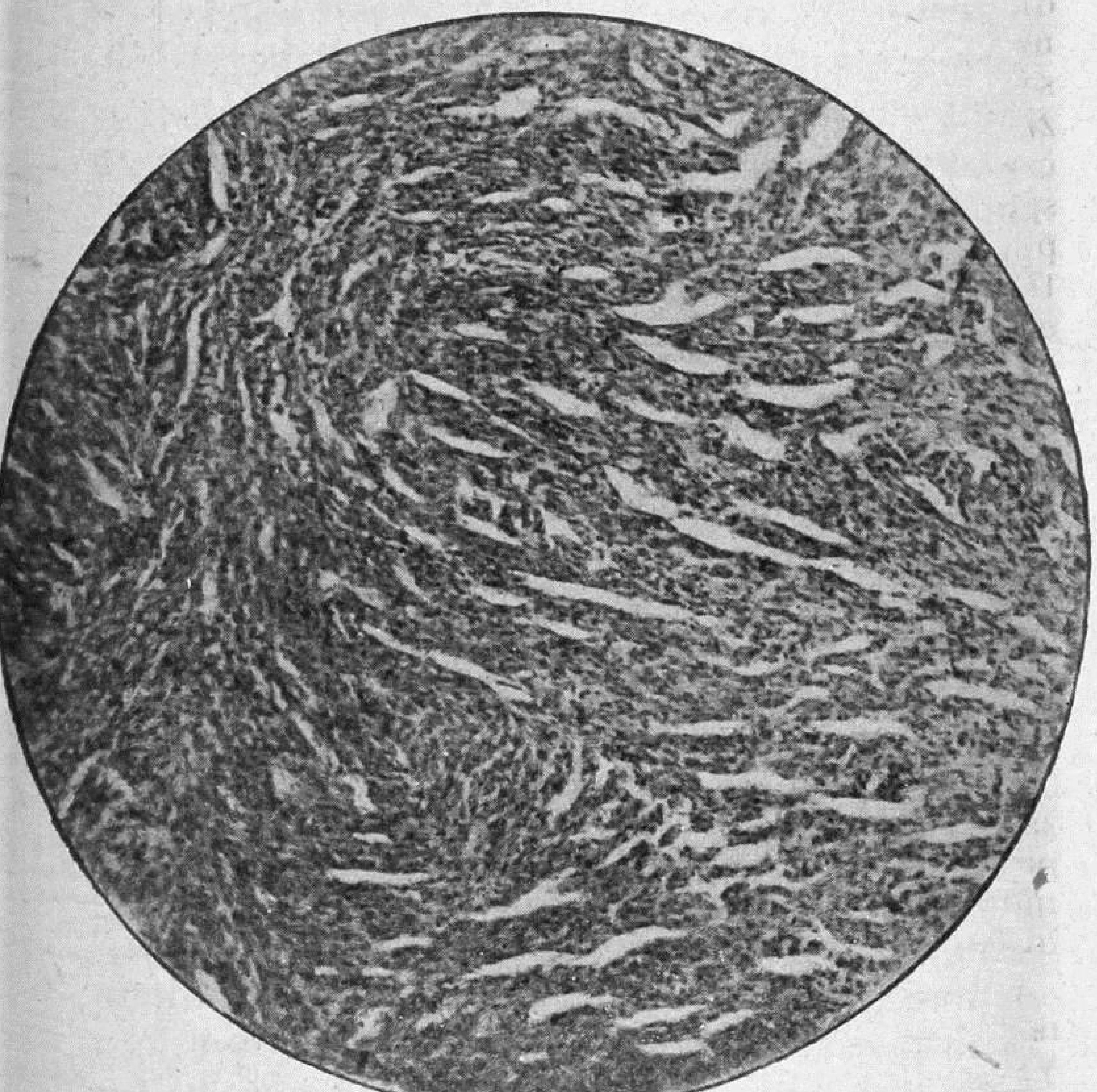


FIG. 2. — Es. istologico della biopsia a piccolo ingrandimento.

Due punture esplorative praticate su tale zona dànno esito negativo. Si incide allora ed al disotto di un sottile strato di parenchima polmonare d'aspetto normale si arriva su una massa bianco-grigiastra, liscia, di consistenza duro-elastica della quale si asporta un pezzetto per la biopsia. Causa la forte emorragia e la grossezza della neoformazione non si tenta di asportarla. Si fa drenaggio stipato e chiusura parziale a strati.

L'es. istologico (dott. De Castro) del frammento asportato, che macroscopicamente si presenta di colorito bianco grigiastro, di consistenza parenchimatosa, lacerabile con una certa difficoltà dà il seguente reperto: A piccolo ingrandimento tessuto a struttura alveolare, costituito da cordoni cellulari solidi di vario spessore, delimitanti fessure e spazi di varia forma ed ampiezza, col maggiore asse diretto in senso longitudinale, per lo più privi di contenuto o contenenti detriti amorfi acidofili. In qualche tratto la struttura del tessuto è plessiforme, in altri non lascia riconoscere a piccolo ingrandimento alcuna lacuna nella sua compagine. A forte ingrandimento i cordoni cellulari risultano costituiti da due tipi di elementi: *a*) cellule di forma fusata con sostanza fondamentale fibrillare, nuclei ovali, scarsamente colorabili, con poca cromatina disposta in una massa centrale più spessa od in granuli e strie reticolari periferiche; membrana nucleare ben demarcata, fortemente basofila; *b*) cellule di forma tondeggiante ricche di protoplasma, di aspetto epitelioide, con uno o più nuclei per lo più vescicolari. Protoplasma talora omogeneo, altre volte vacuolato per metamorfosi regressiva: i vacuoli possono raggiungere dimensioni ragguardevoli e spingere il nucleo eccentricamente come per degenerazione mucosa. Si riconosce inoltre la presenza di un endotelio di rivestimento sulle pareti delle lacune, le quali con dimensioni minori figurano anche a forte ingrandimento nello spessore dei cordoni cellulari.

Diagnosi istologica: Linfoangioendotelioma.

Ho voluto prospettare fedelmente il complesso problema diagnostico. Con un'analisi retrospettiva è possibile ricavare dalla sintomatologia presentata dalla p. dati sicuri per una forma neoplastica? Credo di poterlo escludere. Invero la diagnosi differenziale tra cisti da echinococco e neoplasma polmonare presenta enormi difficoltà e spesso è impossibile. L'eosinofilia infatti, un tempo considerata come segno patognomonico della cisti di echinococco (Memmi, Palazzo, Milian, ecc.), ha perduto ormai molto del suo valore. Tuffier, Ghedini la escludono, Weinberg l'ha riscontrata solo nel 2-5 % dei casi. D'altra parte l'eosinofilia può aversi anche in varie forme neoplastiche raggiungendo a volte cifre elevate 30-38 % (Schmidt, Schelling).

Il dolore, la dispnea, il decubito obbligato, la debolezza sono sintomi comuni ad ambedue le malattie. La febbre nei tumori in genere manca all'inizio ma può comparire in seguito o per fatti infiammatori del tessuto circostante o per riassorbimento di prodotti di disfacimento del neoplasma. Insieme alla febbre possono aversi sudorazioni (Cobet). Gli stessi fatti si osservano nelle cisti suppurate. Nella mia p. non si è notata tosse od espettorazione, presenti invece nei casi surriportati. È da osservare però che in nessuno di essi si ebbe il caratteristico escreato a gelatina di lampone. L'emottisi è rara in questo gruppo di tumori; si riscontra, invero molto leggera, solo nei due casi di cancro descritti da Huguenin e da Phelip e Grenaud. Ugualmente si può verificare nella cisti di echinococco anzi l'emottisi, dovuta a rottura dei numerosi vasi neoformati dell'avventizia, può essere prolungata ed anche imponente. L'esame del torace può pre-

sentare in ambedue i casi un aumento del diametro in una delle sue sezioni. La presenza però di ghiandole ingrossate, dure, sovraclavicolari secondo Bèhier depone per un tumore. Il reperto fisico polmonare mette in evidenza una zona di ottusità più o meno rotondeggiante, a volte con risonanza a timbro di scatola, con fremito trasmesso mentre l'ascoltazione fa notare un'attenuazione del respiro con o senza rantoli fini a medie bolle, a cui può unirsi soffio bronchiale più o meno intenso. Le condizioni generali e della crasi sanguigna, come è facile osservare nei casi descritti, si mantengono buone in tali forme neoplastiche e solo in una fase assai inoltrata può manifestarsi il loro progressivo decadimento. Questo dato potrebbe far propendere per un neoplasma ma quando altri sintomi (febbre, sudori, leucocitosi, ecc.) inducono ad ammettere un processo suppurativo, come nel mio caso ed in quelli descritti da Cecchini e da de la Villéon, esso perde tutto il suo valore. La cisti idatidea suppurata infatti, come tutti i processi suppurativi cronici, determina una crescente anemia e un progressivo deperimento. L'esame radiologico non apporta alcun lume, anzi col mettere in evidenza ombre aventi tutti i caratteri delle cisti di echinococco contribuisce non poco allo scambio diagnostico. I dati che permettono una diagnosi esatta sono assai scarsi e d'altra parte valevoli solo quando sono affermativi. La reazione del Casoni secondo i vari AA. è positiva nell'83-87 % dei casi di cisti di echinococco. Però è da osservare che la intradermoreazione di liquido cistico è quasi sempre negativa nelle cisti suppurate o quando l'organismo non sia entrato ancora in uno stato allergico. La puntura esplorativa potrebbe togliere ogni dubbio diagnostico ma non conviene praticarla per i pericoli che presenta. Può seguirne infatti la rottura della membrana idatidea, secondo Maragliano e Cardarelli più sottile e quindi più facilmente lacerabile che in altri organi, ed aversi la morte sia per fatti meccanici ma specialmente per lo shock anafilattico conseguente al riassorbimento del liquido cistico. Gli AA. danno una cifra di mortalità molto elevata per tale pratica, fino al 63-75 % (Tuffier, Pasquier, Cardarelli) e va perciò senz'altro sconsigliata. Nel mio caso fu tentata solo dopo prospettata l'ipotesi della forma suppurata e la sua negatività, certo molto in contrasto col giudizio emesso, poteva anche essere spiegata con l'organizzazione del pus.

Il riscontro nell'espettorato di cisti figlie, di membrane e di uncini ovvero di cellule neoplastiche, che consentirebbe senz'altro la diagnosi, è purtroppo un'evenienza rarissima. D'altra parte l'errore diagnostico non pregiudica le condizioni dei malati poichè la tecnica dell'intervento operatorio è la stessa in ambedue i casi. Se nella mia p. la grandezza della massa e l'abbondante emorragia impedirono l'enucleazione del tumore, l'intervento operatorio ebbe un buon risultato nei casi descritti da Meriel, da Cecchini e specie in quello operato da Rossi. In quest'ultimo caso trattavasi di un giovane di 22 a. affetto da sarcoma del lobo inf. destro e che visitato dopo tre anni dall'intervento godeva ottima salute ed anche all'esame radiologico non presentava alcun fatto sospetto.

Ma oltre che per i caratteri clinici il caso descritto ha un particolare interesse per la rara forma neoplastica. Le varie statistiche stabiliscono la stragrande maggioranza dei cancri sui sarcomi, anzi Huguenin arriva a mettere in dubbio l'esistenza di questi ultimi. Non mi consta siano stati descritti casi di linfoangioendoteliomi primitivi del polmone. Tali neoplasmi, ormai da quasi tutti gli AA. assegnati nella categoria dei tumori connettivali, sono stati descritti nelle ghiandole linfatiche e salivari, pelle, meningi, sierose, ovaio, testicolo, fegato, ecc. Le localizzazioni osservate nel polmone sono secondarie a linfoangioendoteliomi primitivi della pleura, del mediastino o a forme a carattere sistemico. Nel caso riportato l'origine pleurica può essere esclusa. L'endotelioma pleurico insorge come una infiltrazione pianeggiante, che si accompagna generalmente a versamento spesso emorragico, ovvero sotto forma di nodi e noduli, duri e molli, o di escrescenze condilomatose ben delimitate (Kaufmann, Marchand, Borst, ecc.). Nel mio caso non solo non vi è versamento ma all'atto operatorio la pleura è apparsa completamente normale. La diffusione inoltre verso il polmone segue strettamente l'andamento dei linfatici mentre nel caso descritto il tumore è incapsulato nel parenchima, separato dalla pleura da uno strato di tessuto polmonare di aspetto normale. Anche l'origine del tessuto linfatico dell'ilo non può essere ammessa poichè, mentre mancano completamente quei sintomi mediastinici che sono quasi sempre presenti nelle forme ilari radiologicamente non si osserva che un leggero addensamento dell'ilo, reperto a volte riscontrabile anche in individui normali, e che per i fatti di peribronchite, di un focolaio calcificato al lobo medio destro e per la intensa cutireazione alla tubercolina può considerarsi con molta presunzione di origine tubercolare. Bisognerebbe ammettere che il neoplasma si fosse sviluppato esclusivamente verso il polmone seguendo per via retrograda

i vasi linfatici, ma in tale caso l'esame radiologico avrebbe dovuto mettere in evidenza fatti infiltrativi del parenchima polmonare sotto forma di strie e cordoni con o senza nodi dipartentisi dall'ilo. Ciò non si osserva: la voluminosa formazione tumorale, lontana da tale regione, è nettamente delimitata in tutto il suo contorno. Nè può prospettarsi l'ipotesi di un linfoangioendotelioma a carattere sistemico e ciò sia per i dati clinici che per le alterazioni anatomiche. L'interessamento del polmone in tali casi è sempre secondario a compartecipazione della pleura o delle ghiandole dell'ilo al processo neoplastico e la localizzazione polmonare avviene per diffusione del tumore lungo le vie linfatiche e si presenta, come sopra ho detto, sotto forma di strie e cordoni con o senza nodi spesso emorragici. Inoltre il neoplasma in tali forme interessa molti altri organi: fegato, pericardio, peritoneo, stomaco, ghiandole perigastriche e periportali, ecc. (Trenti, Guccione) mentre nel caso descritto nessun dato depone per la partecipazione di alcuno di essi. L'ultima ipotesi che potrebbe opporsi alla tesi della insorgenza primitiva del tumore nel polmone è che si trattasse di una metastasi avvenuta per via sanguigna da un linfoangioendotelioma a sede sconosciuta.

Invero tale neoplasia è tra i sarcomi quello che presenta una struttura cellulare più evoluta e differenziata e tale nota istologica concorda coi dati clinici di una relativa benignità. Caratteri generali infatti degli endoteliomi sono appunto la tendenza degli elementi a disporsi in strati multipli, l'accrescimento lento, la facile recidiva locale, la poco tendenza a dare metastasi e solo rare volte assumono un carattere altamente maligno a sviluppo infiltrante e danno metastasi (Brandt, Barbacci, Kaufmann).

Nel caso riportato l'inizio così lontano della malattia, il decorso relativamente benigno, il nodo unico e così ben delimitato fanno escludere una forma così virulenta. Se tale fosse per quanto conosciamo sui linfoangioendoteliomi non si comprenderebbe come il nodo metastatico abbia potuto svilupparsi così notevolmente senza che il focolaio primitivo abbia mai dato per una durata di tempo così estesa, circa 9 anni, alcun sentore di sè. D'altra parte il polmone possiede una ricca rete di vasi linfatici anzi in tutto il loro decorso essi sono accompagnati da accumuli di tessuto linfoide, i quali nell'interno del tessuto polmonare sono situati specialmente ai punti di divisione dei bronchi e sotto la pleura ove convergono parecchi setti lobulari (Beitzke). Lo stesso Huguenin dopo aver discusso sulla insorgenza primitiva dei sarcomi nel polmone, mettendola invero molto in dubbio, conchiude che sarebbe un non senso negare tale possibilità perchè in tale organo esiste appunto tessuto connettivo e linfatico.

Per quanto sopra ho detto si può quindi ritenere con molta verosimiglianza che il neoplasma si sia sviluppato primitivamente nel polmone prendendo origine dagli endoteli del tessuto linfatico proprio di esso.

NOTA EPICRITICA.

Mentre il lavoro era in corso di pubblicazione l'ammalata è deceduta.

Dopo l'atto operatorio la p. andò gradatamente e lentamente peggiorando presentando per tutto il successivo decorso una temperatura irregolarmente subfebbrile. La ferita operatoria non cicatrizzò ed attraverso di essa fece ernia una massa bianco-grigiastra, friabile, facilmente sanguinante. Dopo circa venti giorni dall'intervento comparve, due dita trasverse al disotto dell'incisione, una piccola tumefazione, che andò gradatamente aumentando di volume fino a raggiungere la grandezza di un uovo di gallina, di consistenza molle fibrosa, ricoperta da cute arrossata. Nessun giovamento apportò un ciclo di applicazione di raggi Röntgen, e senza che insorgessero fenomeni clinici particolari la p. si spense lentamente per cachessia il 29 dicembre 1929.

Esame anatomo-patologico (Dott. POLETTI). — Es. esterno: condizioni di nutrizione molto deperite. In corrispondenza della parete posteriore dell'emitorace destro fra la VII e la X costa si nota un'ampia breccia operatoria della lunghezza di 10 cm. dalla quale fuoriesce una massa grigiastra, rotondeggiante, della grandezza di una piccola mela, di consistenza molle, non aderente ai bordi della ferita e che protunde di circa mezzo centimetro dal piano della cute. A circa cinque centimetri al disotto del margine inferiore della ferita la cute si solleva delimitando una tumefazione rotondeggiante, della grandezza di un mandarino, di consistenza molle fibrosa. Ivi la cute è leggermente arrossata e non scorrevole sui piani sottostanti. Apertura dell'addome: grande omento libero e povero di grasso. Il fegato deborda di circa un centimetro e così pure la milza. Lo stomaco è ricacciato in alto dal meteorismo considerevole del colon. Non si nota liquido nel grande e nel piccolo bacino. Altezza del diaframma al IV spazio a destra, al VI spazio intercostale a sinistra.

Torace: asportato lo sterno il polmone destro non si accascia come avviene invece del polmone sinistro. L'aia cardiaca è nei limiti normali; la punta al V spazio è un po' spostata in fuori. Pericardio normale. Il cuore di forma e volume normali, con valvole sufficienti, presenta una lieve ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro. Miocardio pallido, di consistenza diminuita. Nel cavo pleurico sinistro scarse aderenze fibrose vecchie; in quello destro si notano invece aderenze tenaci sia lateralmente che posteriormente. Asportate queste per via smussa si perviene posteriormente ed in corrispondenza del lobo inferiore su di una massa rotondeggiante che si continua all'esterno fra i bordi della ferita operatoria con

i caratteri già descritti. A carico dell'ilo non si osservano dati di fatto importanti: le ghiandole peribronchiali si presentano antracotiche, senza nessuna speciale alterazione.

Polmone destro: alla sezione, il lobo inferiore è pressochè in totalità occupato da una massa a limiti netti, circondata da una capsula che la separa dal parenchima polmonare, della grandezza circa di una testa di feto, di colorito grigio biancastro, di consistenza molle, facilmente lacerabile, in preda in alcune zone a processi colliquativi e d'aspetto puriforme. In corrispondenza del lobo medio e sulla superficie postero-inferiore si trovano, in prossimità della pleura che li ricopre, due piccoli nodi biancastri di consistenza elastica, aventi l'aspetto di nodetti neo-

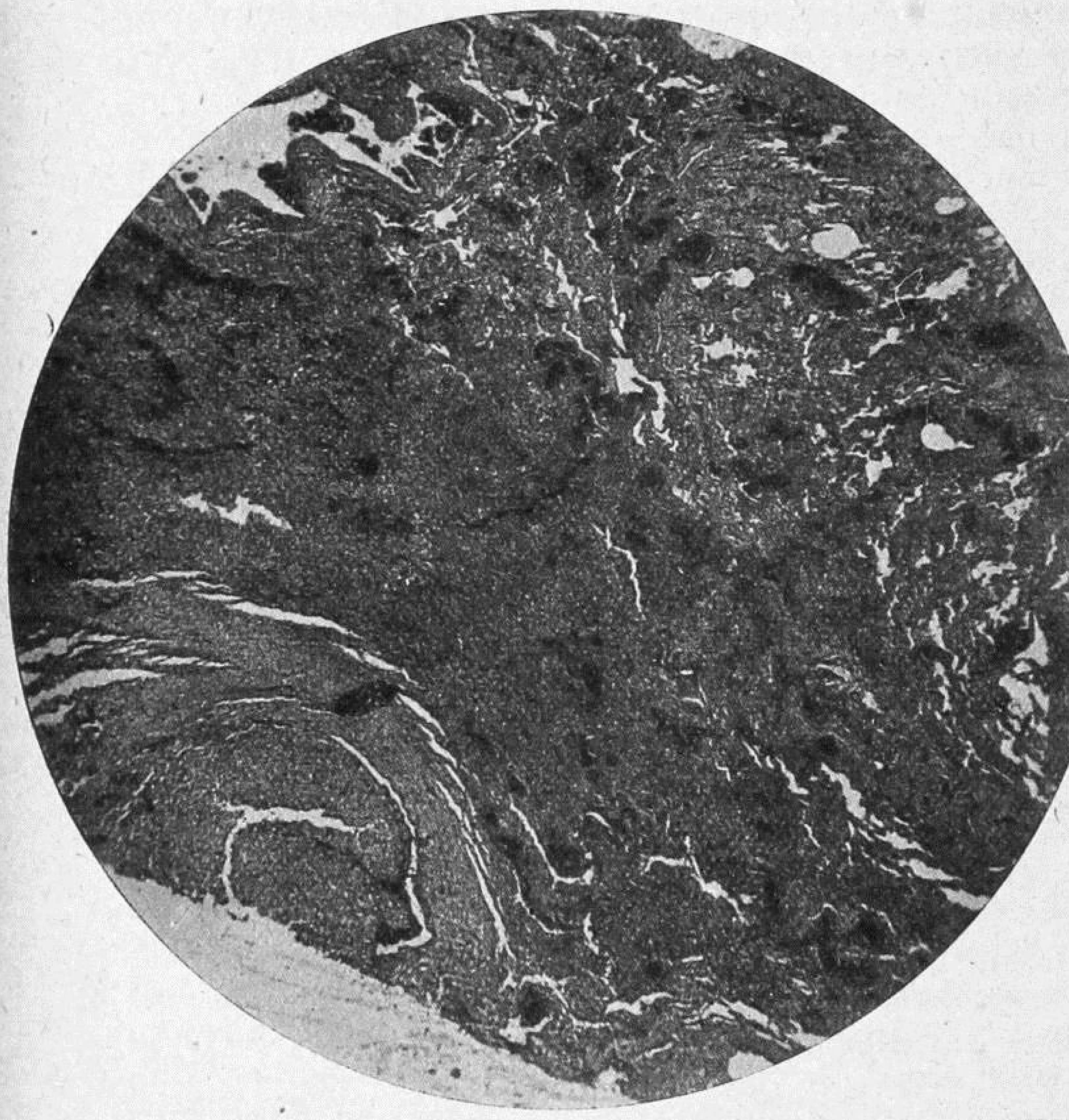


FIG. 3. — Es. itologico del tumore al limite di separazione dal parenchima polmonare (piccolo ingrandimento).

plastici. Ivi la pleura non presenta modificazioni apprezzabili. Il resto del parenchima non fa osservare altri fatti degni di rilievo.

Polmone sinistro: colorito grigio rossastro, di consistenza normale, schiumoso al taglio. In corrispondenza del lobo inferiore e lateralmente si osserva anche qui la presenza di un piccolo nodo biancastro, consistente, della grandezza di una nocciuola, situato immediatamente sotto la pleura che si presenta al disopra normale. Alla base fatti di ipostasi di modico grado. Esofago, stomaco, intestino, presentano reperto normale e così pure il fegato, milza, pancreas e capsule surrenali. Reni da stasi, Vescica, utero ed annessi danno reperto negativo. Il peritoneo parietale della regione del fianco destro è alquanto sollevato da una bozza della grandezza di un uovo di gallina, a sede intramurale, già descritto nell'esame esterno. Il peritoneo che la ricopre è liscio, lucente e trasparente. Incisa la parete a tutto spessore si osserva la presenza di un nodulo biancastro, incapsulato, piuttosto molle, dal quale si asporta col coltello abbondante succo bianco-giallastro. Non si nota alcun rapporto del nodulo colle ossa del bacino.

Diagnosi anatomica macroscopica: tumore polmonare del lobo inferiore destro, noduli neoplastici metastatici nel lobo medio del polmone destro, nel lobo inferiore del polmone sinistro e nella parete dell'emitorace destro (quest'ultimo da innesto).

L'esame istologico sia del tumore che dei noduli neoplastici conferma il reperto precedente. Anche microscopicamente è bene visibile uno strato di tessuto fibroso limitante il neoplasma, che risulta così nettamente separato dal parenchima polmonare.

CONCLUSIONI.

Nel caso riferito il concetto di tumore primitivo del polmone, desunto dall'osservazione clinica e radiologica ha avuto piena rispondenza nel reperto autoptico. Sebbene eccezionale, risulta quindi dimostrata la possibilità della insorgenza primitiva degli endoteliomi nel polmone.

Circa la sintomatologia presentata dalla p. essa conferma le osservazioni relative a tale qualità di neoplasmi in altri organi e cioè che esso aumenta molto lentamente, da scarse metastasi, ed ha un decorso prolungato.

La diagnosi differenziale colla cisti di echinococco, come sopra ho detto, è difficilissima e, facendo astrazione dalla puntura esplorativa, solo la positività della intradermoreazione alla Casoni può permettere un giudizio esatto.

È consigliabile però, essendo la tecnica operatoria uguale in ambo i casi, procedere all'intervento al più presto possibile così si può riuscire a volte ad enucleare completamente il tumore e non aspettare che esso aumenti ulteriormente di volume perchè allora è molto difficile asportarlo.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di linfoangioendotelioma del polmone simulante una cisti di echinococco suppurata. In base ad altri casi di neoplasmi del polmone riportati dalla letteratura, che hanno presentato il quadro clinico di una cisti idatidea suppurata o no, discute la diagnosi differenziale rilevandone le notevoli difficoltà. Descrive la rara forma neoplastica concludendo per l'insorgenza primitiva di essa nel polmone, ipotesi convalidata dal reperto necroscopico.

BIBLIOGRAFIA.

BARBACCI O. *I Tumori*. Vallardi, 1915.
BEITZKE H. In ASCHOFF: *Tratt. Anat. Patol.*, U.T.E.T., 1914.
BORST M. Ibid.
CAMPATELLI A. *Tumori*, a. XII.

Cardarelli A. *Lezioni cliniche.* V. I, Studium.
Casolo G. L'Ospedale Maggiore, 1927.
Cecchini A. Soc. Lombarda Scienze Med. e Biol., 8-V-1925.
Cobet R. Gazzetta degli Osp. e delle Cliniche, 1929.
De la Villéon P. Soc. des Chirurgiens de Paris, 14-XII-1928.
Huguenin R. *Le cancer primitif du poumon.* Masson, 1928.
Kaufmann E. *Tratt. Anat. Patol.* Vallardi, 1925.
Meriel. Soc. de Chirurgie de Toulouse, 28 aprile 1918.
Phelip A., Grenaud M. La Presse Médicale, 1929.
Rossi B., Vigevani O. Soc. Lomb. Scienze Med. e Biol., 27-I-1922.
Tobias J. W. La Semana Medica, 1928.
Trenti E. Il Policlinico, Sez. medica, 1924.

SUNTI E RASSEGNE.

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

Il significato pratico del quadro sanguigno.

(F. Hoff. *Ergebnisse der gesamten Medizin,* vol. XIII).

Con i grandi progressi fatti nello studio del sangue, per cui allo stesso specialista è impossibile avere una vista d'insieme su tutto il vasto campo, va di pari passo il fatto che per il medico pratico diventa sempre più difficile conoscere ciò che di più essenziale vi è in pratica. Le nostre nozioni che, anni or sono, ci sembravano tanto semplici, si sono approfondite ed ampliate, ma sono anche diventate assai più difficili; negli ultimi anni tutta una serie di nuovi fatti è stata dimostrata, per cui le vecchie idee si sono modificate o, addirittura, sono cadute ed invece dell'antica sicurezza si è venuta sostituendo per chi non ha seguito molto da vicino le nuove scoperte uno stato di incertezza.

Ecco, p. es., che all'antico dualismo si è sostituito ora il trialismo, secondo cui, oltre ai due sistemi di formazione del sangue (emazie e leucociti) se ne è aggiunto un terzo, quello che dà origine ai monociti. Il nuovo concetto venne integrato con il sistema reticolo-endoteliale, il quale ha portato una nuova scossa al dualismo, ammettendo che il sistema reticolo-endoteliale possa formare non soltanto i monociti, ma anche altre specie di cellule sanguigne, come i fibrociti del connettivo.

Anche altre vedute che sono la base, anzi, delle nostre ricerche sul sangue, si sono venute modificando. Così si ammetteva che la quantità di sangue circolante e la sua composizione fossero costanti. Si è invece veduto che una certa quantità di sangue può essere depositata nella milza che, per il lavoro, il calore, il sangue può aumentare da litri 3,7 a 4,6, può diminuire nella sete ed aumentare con l'apporto di liquidi, mentre basta l'ingestione di un po' di latte perchè diminuiscano di un terzo e più i leucociti.

È quindi necessario esaminare, da un punto di vista critico quali risultati hanno dato le nuove ricerche sul sangue e quale sia il vero significato pratico degli esami del sangue al letto del malato.

L'A., nella lunga monografia, esamina partitamente quali risultati possono dare le diverse ricerche sul sangue, mettendo specialmente in rilievo la grande importanza che ha, per il quadro leucocitario, il sistema nervoso vegetativo e l'equilibrio degli elettroliti. Schematicamente, l'influenza del sistema vegetativo può così riassumersi:

1) *tendenza mieloide,* con predominanza del simpatico, e con eccesso del calcio sul potassio (acidosi, febbre). Si ha: aumento nel numero dei leucociti, spostamento a sinistra del quadro leucocitario e dei neutrofili, diminuzione degli eosinofili;

2) *tendenza linfatica,* con predominanza del parasimpatico, eccesso di potassio, alcalosi, abbassamento di temperatura. Si ha: diminuzione nel numero dei leucociti, spostamento verso destra del quadro leucocitario e dei neutrofili, aumento degli eosinofili.

Per stabilire il quadro leucocitario, l'A. adotta lo schema di Schilling, che qui riproduciamo, con le percentuali nel sangue normale.

			Neutrofili					
Eosinofili	Basofili	Mieloblasti	Mielociti	Forme giovani	a bastoncino	Segmentati	Monociti	Linfociti
(2-4)	(0-1)	—	—	(0-1)	(3-5)	(51-67)	(4-8)	(21-35)

A) *Indicazioni per l'apprezzamento del quadro rosso.*

Si può avere un aumento od una diminuzione nel numero delle emazie. La diminuzione prende il nome di anemia, che può essere una vera malattia del sangue, oppure essere sintomatica. Per la diagnosi differenziale, valga il quadro a pag. seguente.

Evidentemente questo quadro soffre delle eccezioni; soprattutto si deve rilevare che, nelle remissioni dell'anemia perniciosa, specialmente in quelle connesse con la terapia epatica, il quadro sanguigno non è più caratteristico.

Nel caso che si tratti di un'anemia secondaria, si ricercherà la causa di questa; importante è poi la ricerca dei segni di distruzione sanguigna, quali sono dati dall'abbondanza di urobilina ed urobilinogeno nell'urina, i quali sono caratteristici dell'ittero emolitico. Si penserà anche alle altre cause di emolisi, fra cui diverse intossicazioni, o a malattie del midollo osseo o a malattie esaurienti.

Anche l'aumento nel numero delle emazie,

può essere sintomatico oppure una malattia a sè. Nel primo caso, si può avere una poliglobulia relativa (in seguito a perdita d'acqua, come nelle diarree, nel colera) od assoluta dovuta a deficienza di ossigeno (malattie cardiache, e polmonari, da altitudine, intossicazione da ossido di carbonio).

Anemia perniciosa	*Anemia sintomatica semplice*
Indice di colore, al di sopra di 1:	Sotto 1:
Anisocitosi con megalociti	Anisocitosi senza megalociti
Megaloblasti	Soltanto normoblasti
Leucopenia	Per lo più leucocitosi
Linfocitosi relativa (tendenza linfatica)	Neutrofilia relativa (tendenza mieloide)
Spostamento del quadro neutrofilo verso destra (cellule ipersegmentate); per lo più anche forme giovani in aumento	Spostamento verso sinistra
Spesso mancanza di eosinofili	Eosinofili presenti
Piastrine per lo più diminuite	Piastrine normali od aumentate
Aumento della bilirubina nel siero	Bilirubina normale (nel siero)
Urobilina ed urobilinogeno nell'urina aumentati	Non aumentati
Achilia del succo gastrico	Non achilia
Gravi disturbi gastrointestinali	Per lo più mancano
Glossite di Hunter	Manca
Spesso tumore di milza	Per lo più manca
Sintomi di una malattia del midollo.	Mancano sintomi neurologici.

La policitemia vera è una malattia a sè connessa con irritazione del midollo spinale; si hanno numerose forme giovani di emazie e di cellule bianche del midollo osseo, spesso anche mielociti; nella policitemia di Vaquez è importante il tumore di milza.

B) *Indicazioni per l'apprezzamento del quadro bianco.*

Il quadro bianco ha un significato ancor maggiore che quello rosso per la diagnosi di stati morbosi; i leucociti costituiscono importanti sussidi nella lotta con le malattie e, quindi, rappresentano le forze di difesa dell'organismo. Per non parlare che dei neutrofili, basti ricordare la loro facoltà di -fagia messa in luce da Metchnikoff e la loro attività proteolitica che permette di sciogliere l'essudato della polmonite cruposa.

Anche per gli elementi bianchi è necessario distinguere se le modificazioni costituiscono una malattia a sè (leucemia) oppure sono soltanto un sintoma. La distinzione è importante perchè la leucemia vera è una malattia sempre mortale, mentre le più gravi modificazioni del quadro possono in certe circostanze sparire con la guarigione della malattia fondamentale. La distinzione però non è sempre facile; è agevole il diagnosticare una leucemia quando vi siano parecchie centinaia di migliaia di leucociti, le modificazioni caratteristiche del quadro sanguigno ed i sintomi clinici classici, ma vi sono dei casi-limite in cui la differenziazione è difficilissima. Vi sono delle forme sintomatiche in cui si hanno anche 190.000 leucociti, mentre in alcune leucemie, se ne possono contare anche solo 500. Difficilissima è poi la differenziazione fra leucemia e leucocitosi settica di alto grado e, talvolta, nemmeno l'anatomo-patologo vi riesce. Parla per la leucocitosi settica la presenza di qualche focolaio infettivo e l'assenza di eosinofili, che invece tendono all'aumento nella leucemia mieloide.

Molto più difficile è la differenziazione delle modificazioni sanguigne settiche dalla leucemia acuta. Depongono in favore di quest'ultima:

1) l'alta percentuale di mieloblasti, specialmente di forme atipiche e di numerosi micromieloblasti;

2) l'interruzione della serie di sviluppo con presenza di forme giovanissime e poche forme polinucleari, e mancanza di forme di transizione (promielociti, mielociti, forme giovani, nucleo a bastoncino);

3) concomitante anemia con i segni di anemia perniciosa, specialmente l'indice di colore oltre 1, megalociti ed, in qualche caso, anche megaloblasti.

In presenza di modificazioni del quadro sanguigno che si possono ritenere sintomatiche, si debbono tenere presenti le leggi generali della reazione leucocitaria, per cui la reazione mieloide indica una tendenza al peggioramento e quella linfocitaria, con la ricomparsa di eosinofili, la tendenza al miglioramento. In generale, si può dire che, quando col peggioramento dei sintomi clinici, si ha un aumento di leucocitosi con tendenza mieloide, la malattia non ha ancora raggiunto il suo punto culminante; se però tale tendenza raggiunge dei limiti tali da dare dei quadri leucemici, la situazione è assai seria.

La diminuzione dei neutrofili, fino a valori di leucopenia, in uno con il peggioramento dei sintomi clinici indica che le forze di difesa cedono e la prognosi è sfa-

vorevole. In qualche caso di malattie settiche, in alcune angine simili alla difterite, il numero dei leucociti può scendere a poche centinaia, con la mancanza delle cellule granulose del midollo osseo (*agranulocitosi*); in tali casi la situazione è quasi disperata. Nei casi più gravi, si ha inoltre un'anemia grave ed una grande diminuzione dei trombociti; trattasi della *aleucia* che, con il quadro di una diatesi emorragica porta alla morte.

Quando, con il miglioramento del quadro clinico, si hanno modificazioni del quadro bianco nel senso di una tendenza linfatica, si possono avere delle buone speranze; se, invece, con la caduta della temperatura ed il miglioramento clinico, si ha forte leucocitosi con tendenza mieloide, si deve temere una complicazione (nelle suppurazioni, una metastasi, nella scarlattina un'otite, nelle malattie infettive una ricaduta).

Importanti sono i rapporti tra febbre e quadro bianco. La febbre, di per sè stessa, provoca aumento dei leucociti, ma in caso di focolai infettivi e suppurativi, l'aumento è di molto superiore. Così, p. es., nell'appendicite semplice, il numero dei leucociti è sui 20.000 circa, mentre quando si contano 60.000, fino a 190.000 leucociti, si deve pensare ad una suppurazione, ad una perforazione o ad una peritonite generalizzata, tanto più se la formula leucocitaria si sposta verso sinistra.

In linea generale, dunque, una leucocitosi straordinariamente alta e non in rapporto con la febbre, con forte spostamento mieloide verso sinistra indica la presenza di un focolaio di suppurazione in qualche parte del corpo. Spesso, tale segno, in contrasto con la caduta della febbre ed il miglioramento dei segni clinici, può indicare la prognosi sfavorevole.

È poi necessario accennare alle *differenze nella reazione leucocitaria che si hanno secondo le diverse età*. Così i vecchi reagiscono, in generale, con più scarse modificazioni del quadro sanguigno che non i giovani.

Fra le altre condizioni che possono agire sul quadro leucocitario, sono anzitutto da menzionarsi gli *stati acidosici*, come il coma diabetico e l'uremia, che danno anch'essi lo spostamento mieloide verso sinistra. Il tener presente questa nozione potrà evitare degli errori, quali sono stati fatti, p. es., nel coma diabetico, che può dare degli attacchi di colica i quali possono far pensare ad una malattia addominale.

Anche in altre malattie lo studio del quadro bianco può avere importanza.

La *tendenza mieloide con spostamento verso sinistra dei neutrofili e tendenza all'aumento di leucociti*, indica la prima fase di reazione dei leucociti e si osserva nella maggior parte delle malattie infettive. nei processi suppurativi, nella sepsi, nell'endocardite ulcerosa, nell'introduzione parenterale di albumina, nel coma diabetico, nell'uremia.

La *leucopenia* si trova quando, con le cause che provocano la tendenza mieloide, il midollo osseo non reagisce, nonchè nelle lesioni da raggi. Essa è caratteristica per il morbillo (forte spostamento verso sinistra), la tifoide (linfocitosi relativa e mancanza di eosinofili), l'influenza, la varicella; nei paratifi, si può avere anche leucocitosi. Gravi leucopenie si trovano nell'anemia perniciosa ed i valori più bassi nell'agranulocitosi e nell'aleucia.

La *linfocitosi* costituisce l'ultima fase della reazione leucocitaria, con tendenza linfatica, per lo più connessa con l'eosinofilia; nella tubercolosi cronica a decorso benigno e nelle infiammazioni croniche. Spesso anche nel morbo di Basedow, nei disturbi ipofisari, nell'anemia perniciosa e, come reazione linfatica, in molte angine. Il quadro sanguigno vagotonico è caratterizzato da linfocitosi relativa, con eosinofilia e leucopenia. La tendenza linfatica più forte si ha nella leucemia linfatica.

L'*eosinofilia* si trova, come tendenza linfatica nello stadio di guarigione di molte malattie, nella diatesi essudativa, in molte malattie esantematiche (scarlattina, durante l'eruzione, con neutrofilia), nelle malattie anafilattico-allergiche (asma, colite mucosa, costipazione spastica, orticaria, malattia da siero). Nel reumatismo muscolare, nelle elmintiasi. Nella leucemia mieloide cronica, gli eosinofili sono in aumento.

La *monocitosi* si trova al momento culminante nelle malattie che evolvono verso la tendenza linfatica: nelle malattie croniche da protozoi, come nella malaria, al di fuori degli attacchi febbrili, nell'endocardite lenta e nella così detta angina monocitica. I valori più alti si hanno nella leucemia monocitica acuta.

Gli *endoteli* si trovano nel sangue nella monocitosi di alto grado. Vi sono allora tutte le forme di passaggio, che sono una prova della teoria trialistica; ad ammassi si trovano gli endoteli nell'endocardite lenta per cui hanno significato diagnostico. Si possono però trovare anche in casi di sepsi, nell'anemia perniciosa, in casi di leucemia acuta.

Un aumento dei *basofili* è stato osservato soltanto nella leucemia mieloide.

C) *Indicazioni per l'apprezzamento delle diatesi emorragiche.*

La diagnosi di diatesi emorragica è importante perchè è necessaria per essa l'applicazione sollecita di un'adatta terapia. Il giudizio di questi casi con tendenza all'emorragia si basa su diversi esami del sangue, quali la determinazione del numero delle piastrine, la ricerca del tempo di sanguinamento e di coagulazione. Si possono anche usare il segno del laccio di Rumper-Leede, la provocazione di emorragie mediante stimoli meccanici.

Nella *porpora emorragica*, si hanno: diminuzione del numero di piastrine (fino a 30.000. cioè la decima parte del normale), emorragie

spontanee, allungamento del tempo di sanguinamento e normale tempo di coagulazione. Questo quadro morboso, che può anche portare ad un grave stato, ha manifesta tendenza a recidivare. La diagnosi sollecita è importante perchè l'estirpazione della milza può portare la guarigione.

La *trombocitopenia* può essere anche *sintomatica* di altre malattie, specialmente di leucemie, di anemia perniciosa, di gravi stati settici, di lesioni da raggi X, di intossicazione da benzolo, da salvarsan. I più gravi di tali stati danno l'aleucia.

Invece, nel *morbo di Schönlein*, la *porpora semplice*, il numero di piastrine è normale e così pure nel *morbo di Henoch* o *porpora addominale*, in cui si hanno anche edemi articolari, ciò che stabilisce una connessione con la peliosi reumatica. In queste malattie, con lo stimolo meccanico (martello da percussione) non si provocano emorragie, ma si hanno invece delle emorragie sottocutanee con l'iniezione di scarsissime quantità di un preparato albuminoideo (anche il siero od il latte).

Anche l'*emofilia*, può facilmente essere diagnosticata con le ricerche sul sangue. Il quadro sanguigno non presenta modificazioni caratteristiche ed anche il tempo di sanguinamento non è allungato. Invece è di molto prolungato il tempo di coagulazione, che spesso arriva a parecchie ore (16-18, invece di 10 minuti). La diagnosi è importante per un'adatta terapia; l'estirpazione della milza è stata seguita in un caso da morte per emorragia infrenabile; invece si sono ottenuti buoni risultati con dei preparati vitaminici.

Così pure da carenza vitaminica è dato lo *scorbuto*, come anche la *malattia di Möller-Barlow*, in cui il tempo di sanguinamento, quello di coagulazione ed il numero delle piastrine sono normali; invece la prova fortemente positiva di Rumper-Leede indica gravi lesioni dei capillari. Nel quadro sanguigno dello scorbuto degli animali, si trovano numerosi monociti e cellule endotelioidi, che invece mancano nell'uomo scorbutico.

Nella sepsi lenta, si hanno gravi diatesi emorragiche che ricordano il quadro dello scorbuto; Frank ha designato tale malattia col nome di endoteliosi emorragica.

Vi sono poi numerosi quadri clinici, che decorrono con la diatesi emorragica: gravi malattie epatiche, uremia, « shock » anafilattico, ecc., in cui l'esame del sangue può dare criteri per la diagnosi.

In complesso, si deve ritenere che l'ematologia si viene sempre più liberando dai legami di una pura metodologia morfologica, indagando le profonde cause fisiologiche che stanno alla base delle modificazioni sanguigne. La dipendenza del quadro sanguigno dai dispositivi regolatori vegetativi, dagli organi nervosi centrali, da cambiamenti fisico-chimici, come pure il fatto che degli stimoli qualitativamente uguali ma di diversa intensità possono avere conseguenze differenti ci danno un esempio per dimostrarci che la suddivisione morfologica dei diversi quadri sanguigni non è sufficiente per una spiegazione convincente. I diversi quadri sanguigni qui accennati non sono altro che segni empirici di malattia, i quali occorrono in determinate malattie e possono quindi essere utilizzati per la diagnosi. Il quadro sanguigno diventa così un anello vivente nella catena di altri numerosi ed importanti processi vitali che decorrono nell'organismo sano come in quello malato. Quanto più profondamente investighiamo le cause delle modificazioni del sangue tanto più fina sarà la nostra critica delle modificazioni del quadro sanguigno che si osservano clinicamente. Soltanto in questo modo, si potranno raggiungere dei reali progressi nell'apprezzamento pratico delle ricerche sul sangue al letto del malato.

fil.

Le funzioni del midollo osseo.

(ASKANAZY. *Le Sang*, n. 1, 1930).

Nel midollo osseo è considerevole l'accumulo di funzioni per quanto alcune di esse possano essere preponderanti od apparire come più evidenti. Ciascuna funzione corrisponde ad una morfologia tissurale speciale che si è venuta ad individualizzare gradualmente con le ricerche istologiche e con le indagini fisiopatologiche. Così all'antico concetto che assegnava un valore uniforme, esclusivamente meccanico, al tessuto contenuto negli spazi e nelle trabecole ossee, si è venuto a sostituire quello di una funzionalità specifica devoluta ad una « collezione di tessuti » di cui il midollo osseo risulta formato. Uguale importanza presenta la parte stromatica come quella parenchimatosa.

Nell'esame funzionale del midollo osseo bisogna quindi prendere in considerazione i singoli componenti di esso che oggi risultano così suddivisi: l'endostio, il midollo grassoso, il reticolo ed i vasi, il parenchima nobile emopoietico, i follicoli linfatici.

L'endostio va inteso come una continuazione interna del periostio che ha funzione fibroplastica, osteoplastica ed osteoclastica ma non parenchimatosa. Esso interessa perciò meno da vicino il midollo osseo, per quanto sia difficile concludere sui rapporti che presenta colle funzioni del parenchima: se ad esse si adatti o collabori a funzioni specifiche particolari. Essendo costituito da cellule capaci di « costruire e distruggere » le ossa sotto speciali influenze meccaniche ed istochimiche, prende parte importante alla patologia dello scheletro, nella formazione dei calli ossei, nella osteite fibrosa, nel tipo di atrofia progressiva delle ossa senza che il processo interessi direttamente la parte midollare specifica.

Il midollo grasso viene aumentando di volume con la crescita a scapito di quello rosso

e nell'adulto si estende principalmente alla parte diafisaria delle ossa, infiltrando anche il midollo rosso nel quale si rinvengono frequenti isole adipose. La sua composizione chimica e la sua origine speciale dalle cellule del reticolo, lo differenziano dal grasso delle altre parti dell'organismo. Circa le sue funzioni esso costituisce una riserva del grasso, ha azione meccanica diminuendo il peso del sistema osseo, aumenta la pressione intraossea, e sostituisce il tessuto funzionante divenuto superfluo. Può in condizioni patologiche ritornare alla cellula reticolare od essere sede di accumulo di sostanze speciali (colesterina-cerebrosidi-lipoidi) può infine abnormemente proliferare danneggiando la parte parenchimatosa fino a sostituirla. Circa la sua abnorme ed estesa proliferazione sono poi da ravvisare i rapporti tra ricambio grassoso e ghiandole a secrezione interna.

La cellula reticolare, oltre alla facoltà suddetta di caricarsi di grasso e di goccie di speciali sostanze, esige un'importanza assai più alta nella biologia midollare. Costituisce innanzi tutto, insieme ai vasi ed al tessuto connettivo periarterioso, il tessuto interstiziale, lo stroma midollare, essendo la cellula fondamentale del tessuto reticolo-endoteliale di cui possiede le proprietà. L'A. tende a circoscrivere il significato troppo ampio e vago assunto da questo tessuto; egli lo ha definito da molti anni « il filtro del sangue ». Questo sistema di filtrazione è devoluto alle cellule endoteliali e sopratutto reticolari di tre organi principali: fegato, milza e midollo osseo, stabilendo fra questi organi a funzione assai disparata, una correlazione funzionale autonoma.

Come stroma a reticolo di fine fibrille e cellule reticolari fusiformi ed angolari, ha funzione meccanica di sostegno e di separazione tra i nidi cellulari parenchimatosi, ed un compito preminente di « spazzamento » per arresto ed inglobamento delle scorie del sangue così da giustificare l'epiteto di filtro meccanico e chimico. Questa funzione tutela gli elementi nobili, spazza gli eritrociti alterati e conserva il pigmento ematico per una nuova utilizzazione. Nelle malattie infettive poi l'elemento reticolare ha funzione di difesa, formando delle barriere che limitano il processo (cellule epitelioidi e giganti della tbc., cellule epitelioidi della morva, cellule di Sternerberg del linfogranuloma ecc.) ed è molto probabile che partecipi attivamente nel combattere il processo collaborando alla produzione di anticorpi.

Circa i rapporti tra endotelio e reticolo in questa funzione di filtro possiamo in linea generale ritenere che la prima tappa raggiunta dalle scorie estranee sia l'endotelio della via venosa, e però questa rappresenta una sede transitoria, perchè dall'endotelio i residui vengono trasportati al reticolo. È notevole poi che la composizione chimica delle sostanze influisce sulla assunzione da parte delle cellule reticolari od endoteliali: ad es. i lipoidi vengono facilmente assunti dalle cellule reticolari mentre sono scarsi o mancanti negli endoteli ecc.

L'intensità e la varietà funzionale del parenchima midollare è, senza dubbio, notevolissima. L'eritropoiesi ha la sua espressione istologica nella moltiplicazione degli eritroblasti per mitosi, essa è regolata abitualmente da due fattori fisici capitali: dalla pressione atmosferica che regola la fissazione dell'ossigeno da parte dell'emoglobina, e dalle radiazioni chimiche dei raggi solari, essendo sostenuta dalla nutrizione sopratutto nei suoi componenti vitaminici, la carne, il fegato ed il ferro alimentare.

La maggior o minor attività eritropoietica è espressa nell'immagine del sangue. L'anemia trova un riscontro nelle condizioni istologiche del midollo osseo, essa è influenzata da alterati rapporti splenomidollari, poichè, sopratutto il ritorno all'ematopoiesi della milza nelle anemie a tipo rigenerativo, compensa le alterazioni indirette del parenchima midollare. A sua volta la milza ha funzione regolatrice inibitoria sul midollo osseo, dimostrata dalla splenectomia con conseguente poliglobulia e presenza di globuli rossi incompletamente maturi. Questa collaborazione splenomidollare ha poi un evidente riscontro nel campo patologico specialmente nelle malattie sistemiche.

Un'altra serie di rapporti esiste fra midollo e ghiandole endocrine: in specie l'ipotiroidismo produce un aumento di midollo grasso a scapito di quello rosso funzionante, ed è costante nel mixedema un quadro anemico che può giungere al carattere pernicioso.

Nello stesso senso si comportano le insufficienze ipofisarie e surrenali. L'ovaio influisce certamente sulla genesi della clorosi ed ha rapporti nelle diatesi emorragiche. È discusso ancora se l'azione degli ormoni ghiandolari si esplichi direttamente o a traverso il sistema nervoso autonomo.

L'attività funzionale del midollo osseo subisce poi forti e rapide modificazioni nelle sedi abitualmente in riposo, come si è potuto controllare nelle biopsie midollari eseguite negli anemici perniciosi e sotto l'effetto di stimoli morbosi specifici ed infettivi, e questa rapida adattabilità di compenso alle esigenze del circolo è veramente sensibilissima. Si può addivenire ad una iperplasia semplice permanente diffusa del midollo eritropoietico, come nella poliglobulia di Vaquez, od atipica, come nelle eritremie pure.

La funzione leucopoietica del midollo è una delle più appariscenti e più studiate, essa si esagera nei vari tipi di leucocitosi per effetto degli stimoli midollari i più disparati. Vi è in genere una corrispondenza fra reperto midollare e sangue periferico, poichè la percentuale di elementi che si trova nel midollo normale corrisponde presso a poco a quella del sangue, con qualche modificazione dovuta al grado più

evoluto di maturazione. Tale percentuale non si mantiene però costante, sia per il tipo produttivo prevalente, sia per le necessità circolatorie, così in casi urgenti il midollo osseo « si vuota » di elementi esaurendo momentaneamente la sua provvista cellulare, ma entra altrettanto presto in attiva proliferazione che ne modifica di conseguenza l'aspetto istologico. Il midollo mielocitario diviene così promelocitario e mieloblastico riproducendo l'aspetto fetale.

L'ambiente umorale midollare ha poi un'influenza notevole sulla maturazione degli elementi e tale fenomeno biochimico si palesa mediante la cultura dei tessuti per l'impulso che il succo midollare induce nella vitalità e moltiplacizione delle cellule.

Sul tipo della leucocitosi vanno inoltre considerati fenomeni chemiotattici specifici locali e generali.

L'A. riferisce la mobilitazione dei mielociti ad una diminuzione di tensione superficiale degli elementi immersi nel sangue, dovuta a reazioni chimiche che avvengono in superficie in modo che la cellula viene sospinta verso la diminuita tensione.

Il fenomeno opposto della leucocitosi è rappresentato dalla leucopenia che può giungere alla aleucia; le cause di questa possono essere molteplici e vengono passate in rivista succinta nei loro tipi fondamentali secondari od essenziali.

Infine l'A. ribadisce che l'attività piastrinopoietica è legata strettamente alla funzione dei megacariociti, la quale ancorchè sia discussa, ha un dato positivo e dimostrativo nella patologia. Infatti si ritrova piastrinopenia quando nel midollo osseo i megacariociti sono scarsi o fortemente alterati e piastrinemia quando tali elementi vi sono abbondanti.

Più complessa appare la funzione delle piastrine nel sangue; la loro azione sembra legata a fenomeni fisico-chimici per cui le piastrine sembrano garantire lo stato colloidale normale degli endoteli vascolari; d'altra parte alcuni ritengono che le piastrine costituiscano un elemento colloidale assai importante in rapporto con i fenomeni fisico-chimici dell'immunità.

Infine la rivista termina col prendere in considerazione i gruppi linfatici che si possono rinvenire nel midollo femorale ed in quello vertebrale; sembra che vi siano gruppi di individui nei quali il tessuto linfatico assume un certo grado di sviluppo anche nel midollo.

La conferenza ha il valore di un capitolo di messa a punto della questione per la chiara visione di un Maestro che tanta parte ha preso agli studi ematologici contemporanei; quindi in essa vediamo tracciata in linea semplice la complessità delle ricerche che si sono moltiplicate in questi ultimi anni e che hanno portato a notevole chiarificazione problemi così discussi e così difficili ad interpretare quale quello delle funzioni del midollo osseo. GOSIO.

FEGATO.

Infantilismo e cirrosi epatica.

(V. TRAMONTANO. *Il Morgagni*, n. 37, settembre 1929).

Alcuni autori francesi hanno richiamato la attenzione sullo stretto rapporto che esiste tra costituzioni infantilistiche ed alcune cirrosi epatiche splenomegaliche. Per spiegare tali rapporti sono state invocate ipotetiche correlazioni ormoniche tra apparato epato-lienale e la secrezione interna di altre ghiandole, specie le genitali. Il contributo portato dall'A. consiste in un caso, che può presentare una conferma a tale teoria.

Si tratta d'un paz. di anni 23, con anamnesi familiare e remota negativa fino a 12 anni. Lo sviluppo fino a tale età fu normale. In quest'epoca presentò adeniti latero-cervicali di natura tubercolare, e lesioni ossee alle costole e alle ossa craniche della stessa natura. Una intensa cura iodica lo fece rimettere molto bene; da quel momento però si arrestò completamente lo sviluppo: i peli non spuntarono in nessuna zona di elezione; la statura non si elevò, i genitali conservarono l'aspetto che avevano a 10 anni, mancò assolutamente ogni eccitazione sessuale; la psiche ed il carattere permane infantile.

Fu ricoverato in ospedale in seguito a disturbi gastro-enterici, e successiva raccolta liquida nell'addome.

L'esame obbiettivo mise in evidenza un deficiente sviluppo, il quale alle misurazioni antropometriche poteva essere paragonato ad un fanciullo medio normale di 13 anni. L'addome era gonfio, con reticolo venoso e versamento libero; la milza ingrandita, in basso giungeva all'ombelicale trasversa; il fegato impiccolito e non palpabile.

Il paz. muore per coma epatico, ed è inviato all'autopsia con diagnosi di infantilismo con cirrosi atrofica splenomegalica, diagnosi confermata al tavolo anatomico.

Nella considerazione critica del caso il Tramontano si domanda a quale categoria di infantilismo va assegnato il caso in oggetto; e dopo aver ricordato tutte le divisioni fatte a tal riguardo, e le diverse differenziazioni, egli ricorda i due principali tipi di infantilismo: quello primario, distrofico, idiopatico, e quello endocrino. Del primo si sono fatte diverse suddivisioni; del secondo si sono riferiti i diversi casi attribuiti a qualcuna delle ghiandole endocrine: tiroide, ipofisi, genitali ecc., oppure a diverse ghiandole contemporaneamente: pluriglandolari.

Il caso riferito mentre clinicamente poteva essere riportato alle ghiandole genitali, istologicamente invece deve essere considerato come un infantilismo pluriglandolare, per lesioni ed iposviluppo del testicolo, ipofunzione e sclerosi della tiroide, discreta sclerosi delle paratiroidi

e dell'ipofisi; ipoplasia dei surreni e lieve sclerosi ed aumento dello stroma del pancreas.

Per le correlazioni tra le ghiandole endocrine, ed il fattore distrofico etiologico, il quale clinicamente farebbe considerare questo caso tra gli infantilismi di tale natura, il Tramontano ritiene più giusto unificare la genesi degli infantilismi, considerando quelli distrofici come dipendenti da origine endocrina.

Un maggiore contributo porta il caso studiato alle relazioni supposte da Fournier, Gilbert ecc. tra le ghiandole endocrine e l'apparato epato-lienale.

Carusi.

Un caso di cirrosi di Cruveilhier-Baumgarten.

(Ph. Pagniez e R. Rivoire. *Bull. Soc. Méd. des Hôpit.* n. 35, dicembre 1929).

La cirrosi di Cruveilhier-Baumgarten è una affezione estremamente rara; in letteratura ne sono riferiti otto casi.

Il caso riferito non presenta un aspetto clinico identico a quelli già noti, ma ciò dipende dallo stadio poco avanzato della malattia.

Uomo di 34 anni, debole, magro, di colorito un po' terreo. Da due mesi accusa una intensa astenia, che gl'impedisce di lavorare, e dei dolori violenti all'ipocondrio sinistro, più intensi se si curva in avanti.

L'esame mostra un ventre poco voluminoso, senza meteorismo, nè alcun segno di versamento libero. Si palpa una grossa milza, al di sotto dell'ombelicale trasversa, il cui diametro verticale misura 23 cm. ed il trasversale 18 cm. La milza è di consistenza dura, leggermente dolente, molto simile ad una milza leucemica. Il fegato nei limiti, la cistifellea indolente. L'esame dell'apparato respiratorio e cardiaco è normale, solo in corrispondenza dell'appendice xifoide si ascolta un rumore intenso a tipo di sfregamento, che è rinforzato dall'in- ed espirazione. La palpazione fa percepire un trillo netto, che è l'esatta riproduzione del rumore ascoltato. La pressione al di sotto di tale trillo lo fa cessare, nel mentre si può osservare un lieve avvallamento, così come si ha premendo su di una vena varicosa.

Questo sintomo, dipendente probabilmente da una persistenza anormale della vena ombelicale, insieme ad una notevole splenomegalia, fa fare la diagnosi di cirrosi di Cruveilhier-Baumgarten.

Gli altri esami non hanno mostrato nulla d'importante: lieve leucopenia con mononucleosi, che nei successivi mesi tenta ad assumere una formula normale, sempre però con mononucleosi.

Di fronte a tale malato non si può pensare alla cirrosi, perchè non esiste nè grosso nè piccolo fegato, non segni d'ipertensione portale, non segni d'insufficienza epatica.

Si potrebbe pensare ad un morbo di Banti, per il quale depone la leucopenia e la piastrinopenia, se non esistesse quel sintoma xifoideo che testimonia la persistenza della vena ombelicale.

Di fronte a tale affezione, che ha tanti punti di contatto col morbo di Banti, e che è destinato ad evolvere verso la cirrosi, è consigliabile la splenectomia, malgrado che tale metodo curativo non sia stato praticato in nessun caso del genere. E conforta questa linea di condotta il buono stato generale, nessuna alterazione o tendenza alle emorragie, e la normale funzione epatica.

Carusi.

OSSA E ARTICOLAZIONI.

Valore dell'osteosintesi nel trattamento delle fratture diafisarie chiuse dalle due ossa della gamba.

(Patel e Girardier. *Presse Méd.*, n. 68, 1929).

La statistica degli AA. nel trattamento delle fratture diafisarie chiuse delle 2 ossa della gamba nell'adulto si riferisce a 28 ammalati riveduti a lunga scadenza sui 50 operati dal 1924 al 1926. Essi comprendono 5 casi di fratture trasversali, 3 di frattura obliqua, 6 di frattura doppia obliqua e trasversale, 19 casi di fratture spiroidi, delle quali 15 erano all'unione del 3° inf. col terzo medio; 4 casi di fratture spiroidi basse.

Gli AA. nella riduzione cruenta di tali fratture furono guidati dai seguenti principii: 1) concezione esatta delle deformità sotto il controllo della vista; 2) soppressione di ostacoli alla consolidazione, rispettando il tessuto connettivo di ossificazione a livello del focolaio di frattura; 3) fissazione solida delle ossa, la quale possa permettere una mobilizzazione precoce dell'arto fratturato. A tale scopo si impone un'asepsi rigorosa, istrumenti perfettamente adatti, tecnica semplice e regolata fino nei più piccoli dettagli.

L'intervento senza essere immediato, fu il più precoce possibile: in media 5 giorni dopo l'accidente. Tutti gli ammalati furono operati in posizione inclinata, la quale permette, nelle fratture del collo, una estensione spontanea del piede ed una riduzione degli accavallamenti. Dopo l'osteosintesi l'arto fu messo in doccia metallica per pochi giorni e dopo fu lasciato libero nel letto, praticando una mobilizzazione precoce.

Due volte si ebbe suppurazione nei primi giorni, perciò si fu costretti all'asportazione della piastra di Lane, che fu sempre adoperata. In tutti gli altri casi, con decorso asettico, questa fu asportata 3-4 mesi dopo. In 6 malati si ebbe una lieve suppurazione dopo questo secondo intervento.

Dai casi presi in esame risulta che l'osteosintesi non abbrevia la durata del consolidamento delle fratture della gamba. Prendendo in considerazione i risultati anatomici risulta che la restituzione integrale della lunghezza e della forma dell'arto è stata ottenuta nell'85,4 per cento dei casi. Incorciamenti osservati in 4 malati sui 28 presi in considerazione non superavano mai i 2 cm.; essi furono dovuti in 1 caso a riduzione imperfetta e negli altri a presenza di infezione, 2 volte immediata ed una volta nell'asportazione del laccio. In 15 casi si ebbe un callo grosso, in 13 casi un callo regolare non deformante. Sotto il punto di vista funzionale nell'86 % dei casi gli AA. ottennero una restituzione completa al normale dei movimenti della articolazione tibiotarsica; in 5 malati si ebbe una limitazione di questa. In nessun caso si ebbe alterazione della funzione dell'articolazione del ginocchio. La deambulazione e la corsa si compivano perfettamente normali nel 78,5 % dei casi $\frac{22}{28}$ 3 malati camminavano difettosamente, altri 3 non potevano correre. In media i pazienti poterono riprendere la deambulazione senza sostegno 148 giorni dopo, ossia dopo 5 mesi. Defalcato il periodo di consolidamento si può calcolare a 13 giorni in media l'adattamento funzionale.

8 volte su 28 si ebbe atrofia muscolare. In 10 malati lo stato circolatorio era alterato (edema premalleolare). In un terzo dei casi si ebbero disturbi trofici della cicatrice. Giammai osservarono cicatrici o calli dolorosi.

Sotto il punto di vista medico-legale la durata di consolidazione giuridica, riferita alla ripresa del lavoro si può calcolare in media a 179 giorni, pari a 6 mesi, calcolando che dall'intervento all'alzarsi dal letto occorrono 55 giorni, altri 93 giorni per abbandonare il sostegno del bastone e di poi altri 31 giorni per la ripresa del lavoro. Tenendo conto del tipo di frattura per quelle trasversali 4-6 mesi; per le fratture oblique 7 mesi; per quelle spiroidi 4-6 1/2 mesi.

Le incapacità definitive furono limitate al massimo grado $\frac{6}{28}$ (21,4 %) con incapacità permanenti parziali, suscettibili di migliorare. I risultati definitivi furono i seguenti: 5 fratture trasversali con 5 risultati buonissimi; 3 fratture oblique con 2 risultati buonissimi ed un risultato buono; 1 frattura doppia obliqua e trasversale con risultato buonissimo; 14 fratture spiroidi con 12 risultati buonissimi e buoni, 4 mediocri, 3 cattivi.

I risultati ottenuti autorizzano gli AA. a concludere che il campo delle indicazioni delle osteosintesi nelle fratture diafisarie chiuse delle 2 ossa della gamba nell'adulto deve essere molto allargato.

JURA.

Innesti dell'apparato rotuleo fissato.

(BERTOCCHI. *La Chirurgia degli Organi di Movimento*, aprile 1929).

In una serie di 24 esperienze, adoperando come animale da esperimento il coniglio all'età di 6-7 mesi e del peso di 1500-1700 gr., l'A. ha praticato l'innesto di rotule con tutto il legamento rotuleo e un tratto di circa 1 cm. di legamento quadricipitale. L'apparato rotuleo, prelevato da altri conigli, era stato precedentemente *fissato* in alcool per un periodo vario dai 5 ai 48 giorni.

Allo scopo di esaminare macro- e microscopicamente i processi che si verificano in seno ai tessuti innestati, sono stati sacrificati gli animali dopo 10, 15, 20, 30, 40, 60, 90, 120 e 220 giorni.

Le conclusioni istologiche alle quali è pervenuto l'A. sono:

1) che il tendine fissato, per opera dei fasci connettivali provenienti dall'ospite, viene riabitato e sostituito completamente in 40 giorni;

2) che l'osso fissato, dopo un primo periodo in cui resta *deserto* di cellule e mette in evidenza la sua struttura fibrosa e la sua origine sesamoidea, comincia a *rivivificarsi* a 40 giorni con la penetrazione di vasi e la costituzione di midollo fibroso nelle lacune midollari;

3) che soltanto dall'epoca della penetrazione vasale nell'innesto, comincia la ricostruzione ossea da parte di osteoblasti derivati dai fibroblasti del midollo e da quelli che, prendendo occasione dall'alterata struttura, penetrano in esso dalle inserzioni tendinee;

4) che dopo 120 giorni si ha la ricostruzione avanzata e a 220 giorni quella perfetta della rotula;

5) che la cartilagine d'incrostazione rotulea è resistentissima all'azione dei succhi proteolitici dell'ospite, per cui si altera lentamente e costituisce un grande ostacolo alla penetrazione delle cellule di riabitazione. Esse però al 60° giorno riescono a penetrarvi sotto forma di fibroblasti, che, provenendo sia dal tendine ricostituito, sia dagli spazi midollari subcondrali, si trasformano poi in condroblasti;

6) la cellula indifferente fibroblastica, quando si trova in quelle determinate condizioni funzionali biochimiche tissulari che Lériche e Policard classificano col nome di *mezzo ossificabile*, evolve verso l'osteoblasta; evolve invece verso il condroblasta quando si trova in ambiente cartilagineo.

Gli esperimenti inoltre agli effetti della pratica dimostrano:

1) che con l'impianto dell'apparato rotuleo fissato in alcool si può ottenere un ripristino funzionale perfetto;

2) che è possibile ottenere una graduale sostituzione con tessuto vivo dell'apparato rotuleo fissato in alcool ed innestato nella sua normale sede.

C. GIACOBBE.

Operazione per insufficienza del tetto dell'acetabolo nelle lussazioni congenite dell'anca.

(SOUTTER. *Bull. et Mém. Soc. Chirur.* Paris, t. 21, n. 11).

Le malformazioni dell'acetabolo esistono nel 41 % dei casi. La cavità cotiloide poco profonda e il tetto obliquo, anzichè orizzontale, sono fra le cause più frequenti per cui la lussazione si riproduce dopo riduzione. Soutter propone un nuovo metodo per creare un tetto osseo al disopra della testa femorale.

Incisione dalla spina iliaca anter. super. fino a 2 cm. al di sotto del gran trocantere, unita ad altra incisione che dal trocantere risale in alto e in dietro verso la cresta iliaca. Il lembo di parti molli si ribatte in alto scoprendo così la capsula articolare. Al di sopra dell'acetabolo si pratica un intaglio in tutto lo spessore dell'osso iliaco e vi si incastra una stecca ossea e larga prelevata dal trocantere e da tutta l'estremità superiore del femore. Al di sopra dell'innesto si scolpisce un quadrato sul tavolato esterno dell'osso iliaco dal quale si distacca nel bordo inferiore e nei lati lasciandolo attaccato per il bordo superiore. Questa specie di sportello viene sollevato a cerniera e il suo bordo inferiore viene fissato con un punto in *catgut*, al margine libero dell'innesto trocanterico. Si viene così ad avere una formazione triangolare che successivamente si colma di tessuto osseo dando un ottimo appoggio al peso del corpo e impedendo alla testa femorale di risalire.

L'A. ha operato 9 casi in questi tre ultimi anni. Età varia da 6 a 18 anni. È ancora presto per giudicare dei risultati lontani; quelli prossimi sono stati abbastanza sodisfacenti specie per il miglioramento della statica e della deambulazione. Il lavoro è corredato da buone illustrazioni. G. PACETTO.

Lussazione acromio-clavicolare e suo trattamento.

(MASINI. *Paris Chirurgical,* a. XX, n. 7).

Secondo l'A. il trattamento ortopedico a base di bendaggi è abbandonato per la lunga durata di applicazione e per i cattivi risultati funzionali. I processi chirurgici più adoperati sono tre:

1) La *sutura acromio-clavicolare;*

2) La *sindesmopessia di P. Delbet* che consiste nel passare sotto la coracoide due anse di filo di seta che circondano la clavicola e vengono annodate sul suo margine superiore a una certa distanza l'una dall'altra e in modo che abbiano la direzione dei legamenti conoide e trapezoide.

Durante l'annodamento delle anse un aiuto preme sulla clavicola verso il basso in modo da ridurre la lussazione;

3) La *legamentoplastia di Cadenat.* Incisione verticale che da 2 cm. dietro la clavicola scende in basso per circa 4 cm. sotto la clavicola. Dissezione della regione sottodeltoidea e messa allo scoperto della volta acromio-coracoidea. Preparazione del legamento posteriore della volta e sezione alla sua inserzione acromiale. Questo legamento vien passato dietro la clavicola e mentre la lussazione è ridotta viene suturato in alto al periostio del bordo superiore della clavicola e in basso al periostio del bordo inferiore e al legamento conoide.

La sutura acromio-clavicolare dà una solida riduzione ma importa l'anchilosi.

La sindesmopessia presenta l'inconveniente che i fili possono rompersi con un movimento un po' violento.

La legamentoplastia ovvierebbe a questi inconvenienti ma è un'operazione alquanto delicata e non sempre possibile per la sottigliezza del legamento acromio-coracoideo.

G. PACETTO.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

J. HALBAN e L. SEITZ. *Biologie u. Pathologie des Weibes.* Editore Urban u. Schwarzenberg. Berlino, n. 24. Friedrichstrasse, 105 B.

Col fascicolo 47, uscito di recente e che contiene in 180 pagine l'indice sistematico ed analitico, si è completata l'opera che già più volte in questi anni avemmo occasione di additare alla ammirazione ed alla emulazione dei lettori, degli editori e degli autori.

Il trattato diretto da Halban e Seitz è davvero un'opera monumentale: vi hanno collaborato ben 87 dei più noti studiosi tedeschi e ci si trovano naturalmente i più bei nomi della ginecologia mondiale da Aschner a Walthard, da Benda a Latzko, da Fraenkel a Winter e Wagner, da Hinselmann e Hitschmann a Essen-Moller, a Pankow, Zangemeister, ecc. Accanto a capitoli più comuni vi sono capitoli del maggiore interesse, che formano delle monografie a sè, da studiare e consultare con il maggiore profitto; citiamo fra i tanti quelli di Mathes sui tipi costituzionali femminili, di Schroeder sulla patologia della mestruazione, di Lenz sulla eugenica, di Schmaltz e di Drahn sull'anatomia comparata dell'apparato genitale femminile, di Wiesel sulla clinica della menopausa e tutta la III e la IV parte del V volume, dove sono sviscerati i rapporti dei vari apparati organici e delle varie malattie con l'apparato genitale femminile, dove ampiezza di trattazione, larghezza di riferimenti bibliografici costituiscono una preziosa miniera di notizie ed idee.

Ricordiamo ancora la interessante e completa trattazione fatta della placenta da Hinselmann e la esauriente monografia di Grosser sui primi stadi di sviluppo dell'uovo con i ri-

ferimenti di anatomia comparata, quali solo codesto A. poteva illustrare; e così non dovremo trascurare i due capitoli di storia trattati da Fischer e quelli di ginecologia forense del Reuter.

La cura con cui dai due eminenti direttori dell'opera, questa è stata ordinata e seguìta, appare dai contributi fatti apparire nell'ultimo volume, a complemento delle precedenti trattazioni.

Così Benda ci parla del reticolo-endotelio nella donna, Ehrhardt sulle nuove vedute circa i rapporti fra ipofisi e genitali femminili; Guggisberg sulle vitamine in ginecologia; ed infine ben tre AA. Zangemeister, Wieloche e Frey si occupano della rottura intempestiva del sacco e della febbre in parto.

Codesti cenni sono molto monchi per necessità di spazio; essi vogliono dare solo una pallida idea della larghezza di concezione e di esecuzione di questo trattato.

Alcune cifre parleranno poi con la loro eloquenza, per quanto, s'intende, non dicano tutto. Ma certo l'imponenza dell'opera di Halban e Seitz ed il coraggio degli editori Urban e Schwarzenberg risaltano bene anche solo se si ricordi che il trattato con i suoi 47 fascicoli e 15 tomi, raccolti in otto grossi volumi, occupa circa 10.000 pagine di grande formato ed è arricchito da una massa imponente di illustrazioni e precisamente quasi 3000 figure, molte delle quali a colori, oltre 263 tavole.

Purtroppo a tanta mole, a tanta sapiente organizzazione, a tanta ricchezza editoriale, in carta magnifica, patinata, figure eccellenti, riproduzioni perfette, autori di prim'ordine, le singole competenze al singolo posto, rapidità (sei soli anni sono stati sufficienti), non può non corrispondere un prezzo elevato, che può fare impressione se lo si consideri nel suo complesso, arrivando a passare le 3000 lire italiane (i 15 tomi legati valgono infatti 782 marchi oro). È quindi opera più per biblioteca che per privati: ma è certo che in nessuna delle nostre cliniche dovrebbe mancare per non privare gli studiosi di un materiale di consultazione di prim'ordine.

E se il cenno odierno, nella sua brevità, è sproporzionato alla natura dell'opera, valga a nostra scusante il fatto che periodicamente già di tanto in tanto avemmo occasione di dire il nostro compiacimento, la nostra lode.

P. GAIFAMI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1).

LUMIÈRE A. *Le cancer maladie des cicatrices.* Masson ed. Paris, 1929.

Il Centro anticanceroso di Lione ha pubblicato questo volumetto. In esso l'A. sostiene l'importanza delle cicatrici ammettendo che il cancro non è che la proliferazione anarchica delle cellule non totalmente differenziate, rimaste allo stato embrionale, nelle quali agirebbero dei traumi secondari producendo una proliferazione indefinita per causa di un substrato umorale speciale. Questo stato speciale sarebbe rappresentato, secondo l'A., da un perturbamento della glicogenesi giusta le ricerche di Slosse e Reding senza accenno ad altre condizioni organiche ammesse da numerosi altri ricercatori specialmente italiani.

Un capitolo è dedicato alla enumerazione dei vari mezzi chimici usati contro i neoplasmi, come si sa, senza alcun risultato.

Il solo capitolo originale è quello che riguarda le leggi della probabilità per spiegare l'insorgenza del cancro e con esso l'A. ci trasporta con palle bianche e nere in tante combinazioni utilizzabili, piuttosto che per lo studio dei tumori, per il giuoco del lotto.

R. BRANCATI.

M. BUFANO. *La Fisiopatologia clinica e sperimentale della lipemia.* Ist. Ed. Sc. Mil. Milano, 1929. L. 50.

È un altro volume della collezione dell'Istituto Editoriale Scientifico Milanese, in cui l'A., studioso e competente della materia, con una esposizione chiara ed ampia, dopo avere accennato alla chimica delle lipene ed ai vari metodi di dosaggio con particolare riguardo al micrometodo di Bang, passa in rassegna il vasto materiale letterario sulla lipemia in condizioni normali e patologiche, sottoponendolo ad un esame critico rigoroso, specie per quanto concerne i rapporti, che possono esistere tra lipemia e funzione dei varii organi.

Degno di rilievo è inoltre il capitolo del comportamento della lipemia nei diabetici, che l'A. ha studiato in modo particolare.

Infine ci è gradito ricordare quanto sia encomiabile l'A. che nella compilazione del lavoro ha messo tutto il suo studio e tutta la sua passione per dare una guida utilissima a chi voglia addentrarsi nell'arduo compito dello studio dei lipoidi.

MARINO.

F. MUNK. *Die Rezeptier Kunst des praktischen Arztes.* Berliner Klinik, fasc. 411. Edit. Kornfeld, Lipsia 1930.

La somministrazione di un medicamento si risolve oggi spesso, sec. l'A., con la prescrizione di una specialità di cui il medico non conosce la composizione esatta e in cui i vari componenti non possono variare a seconda dei

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

bisogni del caso. Gli inconvenienti che possono sorgere sono numerosi e buona parte del libriccino è dedicato a illustrarli. Chiude la trattazione una serie di ricette che il Munk raccomanda di sostituire con vantaggio, alla prescrizione delle specialità. VALDONI.

S. DE FRANCESCO. *Igiene della maternità. Consigli di igiene per la vita sessuale femminile e per il neonato.* U. Hoepli ed. Milano, 1929. L. 16,50.

Osserva giustamente l'A. che l'igiene della maternità non devé essere limitata alla gravidanza, al puerperio, all'allattamento, ma deve considerare l'organismo muliebre fin dai primi anni e specialmente dalla pubertà. Ed, in questo suo libro presentato da una prefazione del prof. Alfieri, incomincia a considerare la donna dalla prima età, la segue nel periodo pubere, nel parto, nel puerperio e nell'assistenza al neonato e lattante, problema che esamina nei più minuti particolari.

Tratta poi la maternità in rapporto con il lavoro professionale, l'alcool ed il tabacco, occupandosi da ultimo del tramonto della femminilità, la menopausa. Ottimo libro, vero buon consigliere della donna in tutte le sue manifestazioni. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Sezione Triveneta della Società Italiana di Pediatria.

Venezia - 16 febbraio 1930.

Nuova epidemia del morbo di Barlow in Venezia in rapporto all'approvvigionamento del latte.

Prof. E. GIORGI. — L'O. ricorda di aver descritto dieci anni fa una epidemia di scorbuto infantile, osservata in Venezia nell'immediato dopo guerra, da lui attribuita al latte concentrato di Soresina.

Nel decorso di dieci anni circa l'O. non ha più osservato che un solo caso di m. di Barlow, tardivo, in un bambino di due anni.

Ora dal giugno 1929 a tutt'oggi, cioè in circa otto mesi, ha potuto raccogliere, sempre in bambini dell'ospedale, dell'ambulatorio e della clientela privata nove casi tipici di m. di Barlow, la storia dei quali brevemente riassume, tutti rapidamente guariti coi soliti mezzi antiscorbutici.

Di fronte a questo improvviso inacerbirsi e ripetersi con tanta frequenza dello scorbuto infantile, analogamente a quanto ha concluso per la precedente epidemia, ritiene doversi anche questa volta cercarne l'eziologia nel nuovo approvvigionamento, fatto per Venezia esclusivamente con latte pasteurizzato, che si usa da circa due anni.

Sono ben pochi nove casi, ma l'O. ricorda gli stati di precarenza che solitamente passano inosservati e che renderebbero più rilevante questo numero.

La profilassi consiste, non già nell'abolizione della pasteurizzazione del latte, ma nel diffondere nell'animo del pubblico il concetto che il latte pasteurizzato contiene minime quantità di vitamina C, che questa va perduta del tutto colla ribollitura in casa, e che quindi è necessario fornire ai bambini allattati artificialmente abbondanti succhi di frutta fresca, cercando di procedere il più presto possibile al loro divezzamento.

Emiplegia tossica da acetonemia.

Prof. L. D. VERONESE. — L'O. riferisce il caso di una bambina di anni 5, tipo linfatico eretistico, che già precedentemente aveva presentato delle crisi acetoniche, la quale fu colta improvvisamente da vomito incoercibile, con alito intensamente acetonico, enorme quantità di acetone nelle urine, emiplegia destra.

L'esame del sistema nervoso, il rapido favorevole decorso — guarigione in 48 ore con la sola cura alcalinizzante — il ritorno della piccola paziente in condizioni perfettamente normali, una nuova crisi di vomiti acetonici presentati circa due mesi dopo, fanno sì che l'emiplegia di cui la piccina ha sofferto, sia da attribuirsi ad una unica causa e cioè alla intossicazione acetonica.

L'ematoporfirina nell'infanzia.

Dott. A. BARDISIAN. — L'O. ha cercato l'ematoporfirina col metodo di Garrod.

Dalle numerose osservazioni conclude che, se nell'età infantile esiste un'ematoporfirinuria fisiologica, questa dev'essere molto rara e rarissima la forma congenita, e ch'essa compare saltuariamente nelle diverse affezioni dell'infanzia e la spiegazione di questo fatto, malgrado diverse ipotesi, è molto oscura.

Il ferro nel sangue dei bambini.

Dott. G. HALFER. — Il neonato ed il lattante nei primi 60 giorni di vita hanno un tasso emoferrico alto. I valori oscillano da un minimo di milligr. 20,8 ad un massimo di milligr. 50,4%.

Le numerose affezioni, che colpiscono l'età infantile, eccettuate alcune oligoemie primarie e secondarie, non dànno variazioni notevoli del tasso emoferrico.

La formaldeide negli stati infettivi dei bambini.

Dott. E. AGOSTINELLI. — La soluzione acquosa di formaldeide usata giornalmente ed iniettata endovena fu per bambini dai 6 ai 12 anni di 5 milligr. di sostanza pura.

Strana conformazione dei genitali esterni in una bambina.

Prof. A. CANTILENA. — L'O. descrive un caso di strana conformazione dei genitali esterni di una bambina, la quale, normale in tutto il resto, presentava: mancanza assoluta dell'imene e della clitoride e del suo cappuccio; presenza di due diverticoli uno superiore ed uno inferiore partenti dalla parte anteriore della vagina, che egli suppone fossero dovuti alla persistenza del tappo cloacale di Tourneux, modificato.

Anafilassi da latte materno.

Prof. A. PAGANI-CESA. — L'O. riporta le storie di tre bambini, uno di 27 giorni, uno di sei ed uno di 7 mesi, i quali avevano presentato per tutta la loro vita dei disturbi a tipo dispeptico: scariche piuttosto frequenti e verdastre, vomiti quasi tutti i giorni, scarso aumento di peso.

Esaminato il latte materno, non si spiegavano tali sintomi nè con una eccessiva quantità di grasso in esso contenuto nè colla eventuale presenza di ossidasi. I soliti consigli terapeutici per migliorare il loro stato dispeptico: aggiunta dopo le poppate di idrato di carbonio, di alcalini, di gocce digestive, non diedero alcun risultato.

La somministrazione di latte di altra donna o di una farina lattea non era seguita da vomito. La cutireazione al latte materno fu positiva in uno dei tre casi, dando luogo a grossi ponfi.

La diagnosi di forma anafilattica da latte materno si imponeva ed il trattamento lo confermò. Infatti tre iniezioni di 2 cmc. di latte materno crudo eseguite a giorni alterni, desensibilizzarono completamente tutti e tre i soggetti, che continuarono poi il loro allattamento materno senza disturbi di sorta.

Emipertrofia parziale congenita.

Dott. L. MAGNI. — L'O. riferisce su di una bambina di 5 anni e mezzo presentante una complessa alterazione di sviluppo localizzata alla metà destra del viso e della lingua, all'arto inferiore ed alla mano dello stesso lato. L'asimmetria è specialmente marcata all'arto inferiore dove la lunghezza totale è a destra di cm. 1 1/2 superiore che a sinistra e la circonferenza della coscia è maggiore di cm. 2 1/2 e di 3 quella della gamba. Alla differenza di volume partecipa anche lo scheletro. L'affezione è sicuramente congenita, l'etiologia rimane completamente ignota. In particolare, come in quasi tutte le osservazioni fin qui pubblicate, può essere escluso il trauma di parto, la sifilide, la tubercolosi, l'alcoolismo, la consanguineità dei genitori.

L'O. rifà la storia della malformazione e svolge alcune considerazioni etiopatogenetiche concludendo con l'ammettere uno squilibrio, una alterazione in quel meraviglioso succedersi di fenomeni vitali che portano alla formazione del nuovo essere. Suppone una causa morbigena che colpisca l'ovo nei primi momenti del suo sviluppo e che sarebbe causa di un alterato equilibrio nelle forme degli organi del futuro organismo vivente.

Meningite da orecchioni.

Dott. MARIO SANTI. — Trattavasi di un bambino di 5 anni, guarito recentemente dagli orecchioni, già affetto da acetonemia esplicantesi con vomiti periodici. Per questo stato morboso costituzionale la diagnosi presentava qualche difficoltà, stante la fortissima acetonuria esistente; ma i sintomi meningei sopravvenuti 5 giorni dopo gli orecchioni, e sopratutto l'enorme linfocitosi del liquor (caratteristica di queste forme morbose e molto più spiccata della linfocitosi classica della meningite tubercolare) non lasciò più alcun dubbio.

E' importante una diagnosi esatta, specie nei riguardi della prognosi, giacchè mentre le crisi acetonemiche sono generalmente benigne, le meningiti da orecchioni possono dare dei postumi come la sordità permanente e l'atrofia del nervo ottico, e in qualche raro caso anche la morte.

Encefalite di Economo.

Prof. G. BERGHINZ. — L'O. ha con esempi clinici confortato il concetto che nel quadro vomito acetonico stieno raccolti molto probabilmente errori diagnostici: appendicite, glicosurie, tumori cerebrali, encefalite, spasmofilia. Da ciò la necessità di accertamenti completi e indiscutibili, non trascurando la puntura lombare, ove sintomi nervosi accompagnino il vomito e l'acetonuria, sieno questi sintomi nervosi stabili o transitori (paresi, paralisi, spasmi).

Questo può salvarci da errori gravi diagnostici e prognostici, specialmente nello accertamento diagnostico di quel difficile enigma che è l'Encefalite di Economo, nella quale non manca mai la iperglicorrachia.

Illustra conseguentemente due casi di encefalite: anomalo l'uno negli esiti lontani (emiplegia senza Babinski e senza tremori) di difficile interpretazione a 9 anni; mentre ne era stata facile la diagnosi a 10 mesi sia per i sintomi clinici che presentava (alterazione del ritmo, del sonno, chorea), che per i dati del liquor (iperglicorrachia): raro l'altro per il benigno decorso dopo un inizio gravissimo: afasia, stato cerebrale, paralisi del III e VII ed emiparesi con febbre.

Conseguente emiatassia, iperglicorrachia con granulia.

Guarigione rapida, presentando solo lieve emiatassia e paralisi del VII.

Su di un caso di encefalite post-grippale.

Dott. ANGELO GOLIN. — L'O. illustra un interessante caso di lesione del sistema nervoso centrale susseguente ad infezione grippale.

Si tratta di un bambino d'anni quattro, il quale presenta uno stato paretico-spastico con iperriflessia degli arti superiori ed inferiori e positività di tutti i segni piramidali d'ambo i lati, mentre si hanno sensorio integro, assenza di rigidità nucale, integrità assoluta dei nervi cranici, riflessi addominali e cremasterici presenti.

Eseguiti i necessari esami complementari ed escluse le molteplici possibilità diagnostiche riferentisi al caso in parola, l'O. conclude trattarsi con tutta probabilità di piccoli focolai encefalitici disseminati sulla corteccia.

Sindrome ematica grave nel decorso di una broncopolmonite cronica in un lattante.

Dott. DOMENICO BOTTACIN. — In un lattante di sei mesi, l'O. ha notato, nel decorso di una broncopolmonite cronica, l'insorgere di una sindrome ematica caratterizzata da anemia grave, fatti emorragici a carico della cute, modificazione della formula leucocitaria consistente in una riduzione della linfocitosi relativa osservata in un primo tempo, comparsa in circolo di cellule immature della serie granulocitica e aumento del numero dei leucociti alla fine; deperimento. L'esame istologico ha messo in rilievo un'iperplasia cospicua del tessuto leucoblastico midollare, infiltrazione mieloide marcatissima della milza e lieve del fegato. L'O. ritiene trattarsi di una mielosi pseudoleucemica determinata dal prolungarsi dello stato tossinfettivo (broncopolmonite).

A.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sull'ormone sessuale femminile.

Butenandt riferisce (*Deutsch. Mediz. Woch.*, n. 52, 1929) in una rapida rivista sintetica le ricerche sull'ormone sessuale femminile e le loro conclusioni; conclusioni parziali, risultati progressivamente completantisi, fino alle ultime notizie sicure, ai dati chimici più recenti.

Mediante un procedimento molto complesso, e che l'A. minutamente descrive (« smescolamento » e purificazione, trattamento con alcali ed acidi, distillazione nel vuoto assoluto, ecc.), è stato possibile ottenere l'ormone sessuale allo stato di cristallizzazione; gli è stato dato il nome di Progynon.

Il Progynon puro mostra caratteri di solubilità che lo avvicinano ai lipoidi, e cioè solubilità in alcool acetone, cloroformio e benzolo: lo studio della sua costituzione chimica ha messo in evidenza che esso non ha rapporti con le albumine e con gl'idrati di carbonio, mentre sembra avvicinarsi alle sterine e agli acidi biliari; non dà reazioni coloranti caratteristiche; esso contiene due gruppi atomici idrofili. In complesso si può parlare di un ossilattone non saturo.

Le prime ricerche fisiologiche confermano questi dati chimici; ricerche ulteriori sono in corso.

V. Serra.

Le ghiandole endocrine nella rachitide e nella spasmofilia.

L. Stoltenberg (*Norsk Mag. f. Laegevidenskapen*, luglio 1929), con una dietetica speciale e con l'esclusione della luce solare, ha ottenuto in conigli la tipica rachitide e la spasmofilia ed ha studiato le alterazioni delle ghiandole endocrine che ne risultavano.

Nessuna alterazione si trovò nel timo e nei surreni, mentre la tiroide si mostrava iperfunzionante, con cellule epiteliali alte e poco colloide negli alveoli; nessun segno di degenerazione; la ghiandola si trovò frequentemente ingrossata.

Le paratiroidi si trovarono sempre ingrossate già dopo alcune settimane; l'ingrossamento si faceva più manifesto con la maggior durata dell'osservazione. L'esame istologico dimostrò la presenza di iperplasia.

Questa iperplasia della tiroide e delle paratiroidi va considerata come un aumento di funzione, in quanto che l'organismo reagisce alle influenze dannose. Si spiegano così i segni reattivi clinici ed anatomo-patologici che si trovarono nelle ricerche precedenti.

fil.

CASISTICA.

Tubercolosi polmonare e tisi da gas bellici.

La frequenza relativa dello sviluppo della tubercolosi polmonare presso le vittime dei gas è stata apprezzata in modo diverso e spesso contraddittorio. Le prime osservazioni di M. Sergent dànno 10 casi su 16 intossicati nel 1915. Già prima della guerra Renon e Latron avevano segnalato casi di tubercolosi in intossicati per gas cloro. E nel 1912 Lemoine e Suffit avevano segnalato la frequenza della tubercolosi in operai addetti alla fabbrica dell'acido nitrico.

Nel 1927 Achard denunciò, in un rapporto all'Accademia di Francia, che la morbilità per tubercolosi negli individui colpiti da gas era del 25,7 %.

Lemoine (*Journal de Méd. de Paris*, n. 47, nov. 1929) avendo fatto per molto tempo parte di Commissioni di riforma, riprende la questione e dice: anzitutto si devono distinguere due gruppi di gas e cioè un primo comprendente il cloro che non intacca per così dire che l'apparato respiratorio, producendo un vero « catarro soffocante » di gravità eccezionale. Il secondo gruppo comprende l'ypérite che si localizza sopratutto agli occhi, ai tegumenti, al faringe, poi sul tubo digerente. Le ricerche personali dell'A. riscontrarono tra i colpiti del primo gruppo 21,87 % di tubercolosi, e tra quelli del secondo gruppo 8,67 %. Questa spiccata differenza percentuale vale a spiegare chiaramente le differenze notevoli tra le statistiche dei vari AA. in quanto che esse furono eseguite su serie di gassati in epoche diverse; ora si sa che in periodi differenti di guerra si usarono a prevalenza ora l'uno ora l'altro gruppo di gas. Di più si deve ricordare che a lato della vera tubercolosi polmonare si può negli intossicati da gas sviluppare una sindrome assai simile alla tubercolare, talora anche più grave costituita da dimagrimento progressivo, enfisema polmonare, bronchite cronica, crisi d'asma e in taluni bronchiectasie. È una vera e propria phtisi da gas. Orbene le percentuali per queste forme dan cifre pressocchè eguali per i due gruppi di gas, onde si deve ritenere che se i *gas soffocanti* sembrano avere un ufficio molto notevole nel risveglio della tubercolosi polmonare latente, l'*ypérite* ha invece una azione, sotto questo punto, assai limitata. Invece l'influenza di quest'ultimo gas è, benchè in un grado lievemente inferiore, analoga a quella dei composti clorati sullo sviluppo della cosidetta *phtisi da gas* che è una affezione speciale.

L. Tonelli.

Tubercolosi ed asma nei bambini.

H. A. Reisman e R. Mason (*New York St. Journ. of Med.*, XXIX, n. 15, agosto 1929) hanno praticato la intradermoreazione alla tubercolina in 158 bambini in età da 4 mesi a 14 anni. Essi hanno notato che in questi bambini, affetti da asma, 61 ebbero una reazione positiva, cioè il 38,6 % dei casi, mentre nei bambini, esenti da asma, le reazioni positive sono circa 16.9 %.

Quest'alta percentuale pone diversi problemi: l'asma e la tubercolosi sono indipendenti? Gli asmatici sono particolarmente sensibili alla tubercolosi? È frequente l'asma nei tubercolotici?

Gli AA. pensano che tra le due affezioni non solo non esiste antagonismo, ma che inoltre spesso le due forme si trovano associate.

In seguito alle loro osservazioni, essi pensano che l'asma sia dovuta ad una sensibilità individuale ai prodotti batterici della tubercolosi, probabilmente alla tubercolina.

La tubercolinoterapia, in casi d'asma con reazione positiva, ed in cui non s'era ottenuto beneficio dalle comuni cure antiasmatiche, dette ottimi risultati; in alcuni casi in cui le proteine eterogenee erano state inefficaci, la tubercolinoterapia ebbe un effetto quasi specifico, producendo una guarigione istantanea.

In qualche caso la semplice intradermoreazione giovò notevolmente; in altri casi tale terapia fu semplicemente palliativa, e spesso fu causa di aggravamento, facendo riapparire le crisi d'asma.

È quindi ovvio che, eccetto i casi d'asma ad etiologia nota, come quelli per infezione nasale e sinusale, tra l'asma e la tubercolosi esistono intimi rapporti, che devono essere particolarmente presi in considerazione.

CARUSI.

L'ipotonia costituzionale e la tubercolosi.

L'ipotonia costituzionale sec. Junker (*Deuts. Med. Woch.*, LV, n. 30, settembre 1929) si identifica con l'ipotensione arteriosa, sintomo molto frequente ad osservare nella tubercolosi avanzata, e secondo alcuni, segno importante e precoce per una diagnosi ed una prognosi.

L'A. ha ripreso le ricerche in tubercolotici, in diversi stadii. Nelle forme iniziali la pressione arteriosa è normale. Le prove tubercoliniche insieme alla reazione termica producono un abbassamento della pressione; la frenicectomia eleva transitoriamente la pressione.

Le forme sclerose di bacillosi si accompagnano spesso ad una relativa ipertensione; la patogenesi di tale fatto è ancora oscura.

Spesso una ipotensione fa supporre una tubercolosi, allorchè si tratta invece d'una ipotensione essenziale; tuttavia la diagnosi differenziale tra le due forme è spesso molto ardua.

Quest'ultima si presenta in generale in soggetti astenici, con aspetto robusto, e preferisce gli uomini più che le donne. Presenta una sintomatologia variabile, che richiama alla mente uno stato di debolezza generale, di discrasia o di nevrastenia. Un segno importante, che permette di riportare tali disturbi alla loro vera causa, è costituito dalla ipotensione notevole. Talora questi soggetti presentano anche eosinofilia, crisi intermittenti di emicrania, o di asma, disturbi del sistema nervoso vegetativo o del sistema endocrino.

La etiologia dell'ipotonia essenziale è sconosciuta; tale sindrome costituisce una malattia autonoma, che non ha nulla a che vedere con la neurastenia e la tubercolosi.

La cura consiste nel riposo, aria, poca ginnastica, idroterapia, scarsi medicinali (valeriana o efetonina, raramente strofanto o digitale).

L'acido salicilico spesso dà buoni risultati; utile riesce pure la psicoterapia.

CARUSI.

TERAPIA.

Sulla terapia della costipazione abituale.

L'elenco dei rimedi contro la costipazione abituale si è venuto straordinariamente arricchendo, il che dimostra che nessuno ha una azione sicura e duratura. E. Rose (*Deut. med. Wochens.*, 1929, n. 24), in uno studio fatto sopra un grande materiale, viene alla conclusione che, nella somministrazione di lassativi o di purganti, l'effetto non dipende tanto dalla specie del rimedio, quanto dalla regolarità nella somministrazione. dal dosamento accurato e dalla costanza della cura.

L'A. studia particolarmente l'azione dei rimedi di origine vegetale, le proprietà lassative dell'aloina, della gialappa, del rabarbaro, della cascara sagrada e quelle antispastiche e sedative della belladonna.

Risultati molto soddisfacenti ha ottenuto l'A. con la somministrazione delle pillole seguenti:

Aloina	mg.	75
Resina di gialappa	mg.	3,5
Estratto di rabarbaro		
Estratto di cascara sagrada		
Estratto di belladonna	mg.	6

In generale, è sufficiente la somministrazione di una pillola per sera; nei casi ostinati, la dose viene elevata a due pillole, per una durata di 6-8 settimane, ritornando al trattamento con una sola pillola, quando l'effetto sia stato raggiunto.

Il trattamento non presenta inconvenienti di sorta.

fil.

La cura della lambliasi intestinale.

H. Scheidel (*Med. Klinik*, 27 dicembre 1929) fa rilevare che in alcuni casi, la *Lamblia intestinalis* può essere causa di disturbi accentuati gastro-intestinali. In 4 casi, di pazienti con tali

disturbi, egli estrasse con il sondaggio duodenale una tale quantità di Lamblie che non si poteva a meno di attribuire ad esse un significato patogeno.

Un rimedio sicuro contro di esse non esiste. Sono stati tentati finora i seguenti: Uzara, felce maschio, calomelano, timolo, arsfenamina, bismuto, coleval, trypanblau, blu di metilene, spirocid, chinina, yatren, emetina, stovarsol e soprattutto il neosalvarsan. Vennero anche usate le lavande duodenali. Con questi mezzi, si riesce, in verità a diminuire la quantità di Lamblie nel contenuto duodenale, ma è straordinariamente difficile il farle scomparire del tutto. Con la diminuzione delle Lamblie, si è osservato anche il miglioramento dei sintomi.

fil.

Intervento d'urgenza nell'appendicite acuta del bambino.

Nel bambino, l'appendicite non ha lo stesso andamento che nell'adulto. Il peritoneo del bambino, di fatto, si difende male ed è per questo che in esso sono tanto frequenti le peritoniti settiche diffuse. Invece, l'epiploon reagisce fortemente e spesso è una vera massa epiploica purulenta che si trova in corrispondenza dell'appendice perforata.

Per la stessa mancanza di difesa, si ha la cellulite diffusa e la propagazione dell'ascesso verso l'alto, sotto il fegato. Le lesioni si svolgono quindi in breve tempo, la perforazione si è già installata quando non vi si pensa nemmeno.

Inoltre, il bambino resiste male all'intossicazione; il peritoneo ha un notevole potere di assorbimento e, se non lo si evacua rapidamente, si ha in breve tempo la morte.

Per queste considerazioni, P. Darcourt (*Marseille médicale*, 1929, n. 11) consiglia, nell'appendicite dei bambini, di operare precocemente e sistematicamente, tanto più che in essi l'astensione presenta maggiore pericolo che il rischio operatorio.

fil.

La correzione dello stomaco ptosico con il processo Losio.

L. Losio (*Arch. It. di Chir.*, vol. XXIV, fascicolo 2) riferisce i buoni risultati ottenuti in 9 casi operati: in tutti si è ottenuta in tempo più o meno breve la normalità della funzione gastrica e con essa si sono realizzati il ritorno del benessere generale, l'aumento del peso del corpo e la scomparsa dei disturbi nervosi.

La tecnica particolareggiata del metodo, che in complesso consiste nel fare allo stomaco ptosico un sostegno mediante il mesocolon fissato alla parete ant. dell'addome, può trovarsi nel 1° fascicolo del vol. XVII dell'« Archivio Italiano di Chirurgia ».

G. MATRONOLA.

Purganti drastici.

Grani di salute:

Aloe	
Gialappa	ana cg. 10
Rabarbaro	mg. 25
Eccipiente q. b. per una pillola.	

S. Da prenderne 1-2 per settimana, alla sera nell'andare a letto.

Pillole scozzesi:

Aloe polverizzato	cg. 10
Gomma gotta polv.	» 10
Essenza di anice	1
Eccipiente q. b. per una pillola.	

Da prendersi allo stesso modo.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. I. De Benedictis da Lanciano:

Sulla tubercolosi ossea, con speciale riguardo alla cura, può consultare: *Revue de Chirurgie*, 1926 (COURBOULE); XXXIV Congrès franç. de Chir., 1926; Congresso ital. di Chirurgia 1910 (CODIVILLA). Inoltre nel prossimo Congresso di Ortopedia che si terrà a Roma durante l'ottobre, vi è pure una Relazione della cura della tubercolosi articolare.

Recente e buono è un trattato dello svedese Sven Johansson, di cui vi è una traduzione tedesca: *Ueber die Knochen- und Gelenktuberkulose im Kindesalter.* R. A.

VARIA.

Azione tossica dell'ozono sugli organismi superiori.

J. Dablez (*Medycyna Dóswiad. czalna i Spoleczna*, Varsavia, 1929, vol. X, n. 3-4 con 4 graf.) prende in esame le azioni che l'ozono esercita su varie sostanze chimiche organiche ed inorganiche; rileva il valore dell'ozono nella chimica scientifica tecnologica e le applicazioni di esso all'igiene; infine, basandosi su esperienze proprie, eseguite nel cane e nell'uomo, mette in evidenza l'azione tossica dell'ozono. In concentrazione superiore ad 1 mg. per mc. d'aria, provoca irritazione della mucosa delle vie aeree; fa anche abbassare la tensione arteriosa, a causa delle dilatazioni dei vasi sanguigni periferici, la quale è di origine centrale; dopo sezione del midollo spinale (subito al di sotto del bulbo) si osserva, nel cane, un aumento dell'ampiezza di contrazione del cuore, sotto l'influenza dell'ozono; lo stesso comportamento si ripete per il cuore isolato di conigli.

L'azione tossica esercitata dall'ozono sugli organismi superiori è correlativa, evidentemente, a quella esercitata sui microrganismi, esplicantesi con la sterilizzazione. Tuttavia è molto più blanda, perchè difetta di « profondità »: si esaurisce quasi del tutto nei primi strati di tessuto incontrati.

(*Ann. d'Ig.*, genn. 1930).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

X. - Modificazione delle condizioni del rapporto di impiego: circoscrizione della condotta.

Il Comune di Garlasco preordinò il concorso per due condotte mediche: urbana l'una, rurale l'altra. Furono nominati i rispettivi titolari. Successivamente furono *radicalmente* modificate le circoscrizioni. Il medico nominato per la condotta urbana ricorse alla giurisdizione amministrativa e dedusse che era stato violato il suo diritto relativamente alla circoscrizione designata nell'avviso e nell'atto di nomina. La contestazione è stata decisa dal Consiglio di Stato con sentenza 21 dicembre 1929 n. 689.

Due quistioni devono essere specialmente segnalate.

Il capitolato avrebbe dovuto essere pubblicato a norma dell'art. 129 del regolamento 12 febbraio 1911 n. 297, cioè per la durata di giorni 15? Il Consiglio di Stato ha osservato che questa forma di pubblicazione è prescritta per i regolamenti veri e propri e non per i capitolati, che disciplinano rapporti particolari individualizzati, hanno efficacia limitata alle persone interessate e non appartengono, quindi, alla categoria dei regolamenti, ai quali si riferisce la disposizione del citato articolo 129.

Più importante è l'altra quistione: posta a concorso una condotta, con determinata circoscrizione, e costituito per essa un rapporto di impiego, può il Comune deliberare modificazioni radicali che ne alterino il carattere urbano o rurale?

Ha detto il Consiglio di Stato: « A prescindere dal fatto salientissimo che il Comune nel capitolato si era riservata la facoltà di modificare le circoscrizioni delle condotte, il Collegio non esita a dichiarare che, in tesi, un siffatto diritto quesito del medico condotto non possa ammettersi; in caso diverso, la evoluzione degli ordinamenti amministrativi del Comune sarebbe del tutto paralizzata. Il Comune, come ente pubblico, regola i servizi a seconda delle esigenze dell'interesse generale, nelle forme e con le garanzie prescritte dalla legge, e non può in alcun modo ammettersi che gli ordinamenti, una volta stabiliti in un determinato modo, debbano rimanere invariabili solo perchè su quello stato di fatto si è radicata la posizione del titolare del servizio relativo. La pratica quotidiana del resto è ad attestare come il Comune, in materia di condotte mediche, possa costituirne delle nuove, possa ridurre il numero di quelle esistenti, rendendosi interpetre del pubblico interesse. L'azione sua, libera come iniziativa, è sorvegliata e corretta dalle autorità di vigilanza e di tutela senza che i titolari delle condotte abbiano alcun diritto a pretendere che siano conservate inalterate le circoscrizioni assegnate allo espletamento dei loro compiti ».

È da fare qualche osservazione, per evitare equivoci ed eccessi. Che il Comune possa modificare le circoscrizioni delle condotte non è dubbio. Il provvedimento deve essere, in ogni caso, obbiettivamente giustificato ed è controllato dall'autorità tutoria. Sin qui si è nel campo delle astrazioni. La difficoltà consiste nella determinazione dei limiti.

Il medico, nominato in base a concorso per una determinata condotta, ha diritti soggettivi (stabilità, stipendio, ecc.) ed ha interessi legittimi in rapporto a quelle condizioni che possono essere modificate discrezionalmente dal Comune (circoscrizione, congedi, ecc.).

Il medico assunto per la condotta urbana non potrebbe essere trasferito, senza il suo consenso, alla condotta rurale, se questo potere non risultasse dal capitolato al tempo della nomina. La stabilità del rapporto è di ostacolo, generalmente, ad una trasformazione così radicale.

Ma è possibile che allo stesso risultato si giunga per effetto di modificazioni obbiettive che alterino profondamente le caratteristiche fondamentali della condotta?

Spetta certamente al Comune un potere di riordinamento, ma entro certi limiti. Anzitutto, non può essere offesa la stabilità, cioè il diritto soggettivo ad una determinata situazione caratterizzata in concreto da elementi essenziali.

Ma la modificazione delle condizioni del rapporto di impiego, anche se non sia così profonda e non offenda sostanzialmente la stabilità, deve essere in ogni caso determinata da una causa legittima, per effettive esigenze di pubblico interesse che la rendano necessaria, e deve essere integrata da elementi compensativi che ristabiliscano l'equilibrio delle prestazioni.

Il titolare della condotta può agire anche in sede giurisdizionale se il suo diritto soggettivo o un suo interesse protetto sia illegittimamente o ingiustamente offeso.

Si deve evitare la cristallizzazione degli ordinamenti; ma anche i diritti soggettivi e gli interessi costituiti devono essere considerati.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

In sede di bilancio.

Del vasto dibattito avvenuto alla Camera dei Deputati sul bilancio dell'Educazione Nazionale, su relazione dell'on. De Francisci, ci limiteremo a riportare quanto può avere riferimento con l'insegnamento medico.

L'on. Salvi rileva che l'Università ha, ora, per merito del Fascismo, i suoi statuti. Tutte le nostre attività culturali devono essere intonate all'equilibrio spirituale finalmente raggiunto e alle nuove conquiste pratiche conseguite nell'organizzazione dello Stato.

Trattando della funzione delle Università, l'oratore dice che il personale dovrebbe essere qualitativamente uguale per tutte e solo dovrebbe esserne commisurata la quantità al numero degli studenti, non essendo concepibile ai fini nazionali una differenza di preparazione tra i licenziati dell'una o dell'altra Università. L'esame non è che uno degli indici del profitto e non sempre il migliore. Un concentramento degli insegnanti a carattere propedeutico generale a più facoltà e scuole, potrebbe portare sensibili vantaggi finanziari, come pure, se fosse attuabile, quel concentramento amministrativo fra tutti gli istituti di una sede, che da molti è stato invocato.

La riduzione del numero delle Università non sarebbe simpatica per diverse ragioni.

Per alzare il rendimento didattico delle Università bisogna provvederle di buoni assistenti. Ma anche i professori richiedono attenzione.

Quanto alle ricerche scientifiche, esse si compiono dovunque: ogni istituto superiore è una fucina. Occorre, invece, far convergere le risorse su quei cercatori e su quelle ricerche che sono più promettenti. Raccomanda, a questo proposito, le ricerche nel campo delle scienze pure. Occorre che i maestri cerchino di inculcare nei giovani l'amore per la ricerca e che sappiano individuare, tra la massa, i predestinati. Siamo poveri di mezzi, ma abbiamo ricchezza di uomini. Di questi dobbiamo valerci. Abbiamo, per di più, l'uomo migliore che una massa di uomini decisi e forti potesse sperare come sua guida e come suo Duce.

L'on. Ercole rileva che se gli istituti scientifici dovessero permanere nelle attuali condizioni, si finirebbe con l'inaridire lo sviluppo dei nostri Atenei.

Il personale degli assistenti si va infatti ogni giorno più rarefacendo, ciò che potrebbe rendere assai difficile fra non molto il poter degnamente ricoprire le nostre cattedre, specie di medicina e di scienze.

Le biblioteche sono ridotte in condizioni tali che inducono ad angosciose preoccupazioni per il domani della cultura italiana.

Questi problemi sono insieme di quadri e di mezzi finanziari, perchè occorre ad un tempo la oculata rinnovazione del personale e il miglioramento degli strumenti della cultura e di ricerca.

A precisare il rapporto vicendevole di tali problemi è intervenuta testè la serie delle deliberazioni votate nel Gran Consiglio del Fascismo intorno alla fascistizzazione della scuola, deliberazioni che costituiscono un documento di altissimo valore politico e morale, e per l'organo da cui emana e per la nobiltà dei fini cui esso si inspira, grazie al sempre presente genio del Duce.

Nota che la scuola ha esigenze di continuità, di stabilità e di competenza scientifica, per cui non è possibile privarla dall'oggi al domani, di uomini che pur non essendo orientati integralmente verso il Fascismo, onorano tuttavia la cattedra e la scienza.

Però il Regime deve richiedere assoluta fedeltà ai Rettori che devono curare la preparazione dei docenti fascisti di domani.

Per il prossimo domani infatti gli studenti di oggi, che nella loro quasi totalità sono inquadrati sotto i segni del Littorio, devono essere pronti a colmare i vuoti che gli insegnanti non fascisti di oggi vanno man mano formando.

Occupandosi dei modi con cui l'Università assolve il suo dovere verso il Regime, afferma che il numero delle Università non è eccessivo.

L'oratore esamina il problema dei contributi alle Università ed afferma che l'esperienza dimostra che l'Università non è veramente tale se non sia costituita da un complesso organico di facoltà e di istituti.

E poichè il problema è sopratutto d'ordine finanziario, si augura che l'onorevole ministro delle finanze non insista nel voler applicare i provvedimenti restrittivi per l'assunzione di nuovo personale per la scuola in genere e nelle Università in particolare.

Rileva altresì che la limitazione del diritto delle Università ad ottenere il rimborso delle tasse inerenti agli studenti appartenenti a famiglie numerose, le mette in condizione di non poter pareggiare il loro bilancio.

La Giunta del bilancio è stata unanime nel chiedere nuovi sforzi all'Erario per il funzionamento e l'incremento della scuola e della cultura italiana.

La Camera corporativa sarà certo anche unanime nell'appoggiare il voto della sua Giunta, perchè soltanto quando tale voto sarà stato esaudito, il Fascismo potrà raccomandare alle schiere dei propri giovani di frequentare le aule universitarie per prepararsi a diventare, come ha auspicato il Gran Consiglio del Fascismo, i maestri fascisti di domani.

L'on. Gray, trattando del problema delle Università, afferma che esso risiede nel loro numero. Ritiene che esse debbano essere diminuite. La questione è scottante, ma va risolta, al di sopra di ogni singolo interesse, sia pure rispettabile, sotto l'aspetto del problema unitario della Nazione.

La estrema vicinanza di certi Atenei, che rispecchia situazioni regionali del passato, è un vero controsenso alla politica di concentrazione unitaria che sta attuando il Fascismo.

Nè crede che ad una riforma si opporrebbero resistenze: si sono soppresse le Corti di Cassazione regionali, e molti tribunali, si sono fusi tanti Comuni; perchè non si dovrebbero ridurre le Università, lasciando soltando quelle utili e necessarie alla cultura italiana?

Piuttosto si dovrebbe pensare ad aumentare il numero degli studenti universitari, non già di quelli italiani, bensì degli stranieri. La loro immatricolazione nelle nostre Università ha luogo infatti con una procedura che merita di essere riformata in quanto lascia al mero arbitrio delle Facoltà di respingere gli studenti. E' invece necessario attirare il maggior numero di stranieri desiderosi di studiare nelle nostre Università. Raccomanda all'onorevole ministro di provvedere in questo senso con apposito disegno di legge.

Gli studenti stranieri nel 1926 erano appena 300, mentre la Francia ne aveva 6000 e la Germania 4000. La Francia accoglie a braccia aperte gli stranieri e li segue da vicino, dividendoli in circoli nazionali presieduti da professori francesi i quali fanno continue conferenze orientate naturalmente verso la cultura e la politica francese. Sarebbe pertanto utilissimo seguire questo esempio, per poter lanciare nel mondo uomini influenzati dalla nostra cultura. Così in Polonia e in Romania la cultura francese è tanto diffusa da costituire una schiera di persone che amano chiamarsi figli adottivi delle lettere, della storia e della politica francesi.

Sdegnare questa politica non sarebbe saggezza. Essa è una realtà preziosa, e per andarle incontro bisogna anche saper superare la procedura.

Ora il problema principale è quello della cultura: la battaglia dello spirito è primogenita del Fascismo, e perciò tutti i mezzi che si chiedono per essa sono sacri e non rifiutabili.

Quando sarà vinta, il Fascismo avrà aggiunto ai poemi che illuminano la storia del mondo il poema più alto.

E allora il Fascismo divinato dal Duce entrerà nella storia come la trionfante poesia della Nazione!

L'on. Orano a proposito delle glorie scientifiche nazionali, loda l'iniziativa del Governo di far scrivere da una Commissione di dotti una storia delle scoperte e delle invenzioni compiute dagli italiani, ma ritiene che anche la traduzione di un tale libro nelle lingue più parlate del mondo direttamente lanciata all'estero non possa essere sufficiente e si debba ricorrere quindi ad altri mezzi, per esempio un Congresso internazionale di storia della scienza, che, investito d'una missione delucidatrice, potrà concludere riguardo a problemi sospesi che toccano anche il nostro Paese.

Durante il discorso dell'on. Oppo, l'on. Mussolini dichiara: « Non è vero che vi siano troppe Università! Si confondono le Università con le Facoltà. Vi sono almeno dieci Università che hanno una o due Facoltà. Del resto nessuna Università sarà mai chiusa da me ».

L'on. Fioretti Ermanno si occupa in particolar modo delle condizioni dei laboratorii e degli Istituti scientifici. Bisogna accrescere le loro dotazioni, che sono assolutamente insufficienti; bisogna assicurare ad essi una migliore attrezzatura, adeguata agli studi sperimentali e alle necessità di ricerche.

Il problema ha la sua importanza ed esige una rapida soluzione. Il Fascismo ha sempre appoggiato e sostenuto le iniziative scientifiche. L'oratore è fiducioso che i suoi voti, che sono quelli di tutti gli uomini di scienza, saranno esauditi pienamente. Non si chiede il superfluo, si chiede il necessario, l'indispensabile.

Altro problema degno di attento esame è quello che riguarda l'Assistentato universitario. Occorre incoraggiare i giovani; e si devono stipendiare decorosamente gli assistenti. Dopo dodici anni di servizio prendono uno stipendio di ottocento lire al mese. Le loro condizioni economiche sono delle peggiori e delle più precarie. E specialmente su questo fatto, che crea molti malcontenti, l'on. Fioretti richiama la vigile attenzione del Ministro: non si tratta, in sostanza, che provvedere a sistemare 1472 assistenti, accrescendone gli stipendi, assicurandone la stabilità, definendone i limiti di anzianità. Ritiene che queste provvidenze non porteranno un aggravio troppo oneroso all'erario dello Stato.

L'oratore insiste pure sulla necessità di sveltire la carriera universitaria e di far largo ai giovani che, nella loro maggioranza, sono ben preparati e degni di occupare posti di responsabilità. Favorire i giovani capaci significa anche contribuire alla sempre maggiore fascistizzazione della Scuola superiore.

L'on. De Marsico crede che anche negli studi universitari non si dovrebbe lasciare agli studenti la libertà di eliminare dal loro programma alcune materie.

Occorre inoltre stabilire unicità di programmi fra le varie Facoltà per talune materie che non possono essere a tutti comuni. Soprattutto converrà poi impedire quella polverizzazione di insegnamenti che oggi si va troppo facilmente diffondendo in alcune Università.

Vi sono infatti oggi troppe cattedre di materie che non hanno se non un carattere del tutto contingente e che non rappresentano alcuna speciale branca della scienza.

Rileva come troppe cattedre siano attualmente senza titolare, e come si supplisca agli insegnamenti relativi con incarichi speciali. Afferma che questi riescono spessissimo dannosi al serio andamento degli studi.

La difficoltà di coprire con insegnanti preparati le vacanze che si verificano nelle cattedre universitarie, rende sempre più vivo il problema della riduzione delle Università. A questo proposito prende atto della dichiarazione testè fatta dall'onorevole Capo del Governo.

Ma non sembra opportuna la moltiplicazione delle Facoltà. In merito al numero delle Università, la questione non può essere risoluta senza considerarla in relazione al numero degli studenti.

Nelle Università con pochi studenti regna il vuoto intorno alle cattedre, perchè l'Università non può vivere senza quel clima che è soltanto dato dall'affollarsi degli studenti.

Pertanto, anche per le Università che hanno una lunga tradizione e che sono state palestra di grandi maestri, occorre stabilire se esse possano avere un numero minimo di studenti.

D'altra parte conviene che non sia possibile adottare la soluzione del contingentamento, perchè l'affluenza degli studenti verso determinate Università risponde a ragioni insopprimibili anche d'ordine storico.

Quanto agli studenti stranieri crede che essi possano essere ammessi nelle nostre Università, ma solo a condizione che siano disposti a prostrarsi dinanzi alla grandezza romana.

Venendo al problema della fascistizzazione della scuola, rileva che esso coincide con il problema della fascistizzazione della vita; più la vita è permeata di fascismo e più la scuola ne è permeata anch'essa.

A otto anni dalla Marcia su Roma la scuola universitaria può dirsi già profondamente fascista.

Però si deve evitare che gli studenti abbiano il diritto di sindacare i loro maestri.

La verità è che allo stento di qualcuno a mettersi al passo col Fascismo vi è un grande correttivo: quello dell'anima studentesca.

Termina affermando che il Regime vigila e vigilerà perchè la stirpe nostra proceda diritta e ferma verso il dominio assoluto in tutti i campi del pensiero.

* * *

Dall'ampio e importante discorso del ministro Balbino Giuliano, ci limitiamo a riportare quanto riguarda l'insegnamento superiore e più specialmente gli studi medici.

L'Università, ha detto il ministro, deve essere la vera fucina centrale della cultura nazionale. Il centro del lavoro scientifico è sempre nell'Università. Per questo si dovrebbe aiutare l'opera scientifica che si compie nelle Università, e fare dell'Università quello che già è stata e quello che deve essere: una delle grandi istituzioni della società nazionale, il palladio della sua cultura.

Un Governo che ha per capo Benito Mussolini non può non capire e sentire che se altri problemi hanno un'importanza più immediatamente sensibile, il prolema della cultura è problema essenziale anche per la difesa della Patria. In sei anni si sono spesi per le Università, dal Governo e dagli Enti locali, solo di spese straordinarie per l'edilizia, oltre 300 milioni.

Molti pensano, ora forse un po' più sommessamente, che per risolvere il problema universitario, il meglio è decidersi a sopprimere senz'altro le Università minori. La difficoltà comincia subito quando si tratta di definire quali sono le minori. Vi sono delle città in Italia che erano in altro tempo piccole metropoli e centri luminosi di coltura umanistica, e serbano ancora una loro tradizione di signorilità spirituale, che si spegnerebbe con la soppressione dell'Università.

E poi non si deve credere che soppresse queste Università minori si possano trasportare notevoli economie ad altre maggiori. Sono, in genere, Università che vivono in gran parte di loro fondi e di sacrifici compiuti da Enti locali, e le economie sarebbero, quindi, somme sottratte alla vita della coltura.

Nonostante, del resto, i trecento milioni spesi, il problema edilizio universitario non è certo risolto, nemmeno nelle maggiori Università, e perciò le Università minori compiono ancora oggi opera utile all'insegnamento e alla cultura. Le minori Università avrebbero meglio provveduto al loro interesse specializzando la loro attività; sarebbe ancora possibile cercare qualche economia di uomini e di mezzi con qualche opportuno concentramento di Facoltà e di cattedre. La legge del 1923 si proponeva la riduzione delle Università, e invece proprio gli sforzi magnifici degli Enti locali hanno portato l'aumento delle Università e delle Facoltà.

All'on De Marsico osserva che in realtà non avviene mai, se non forse in qualche caso speciale, che p. e. uno studente scarti proprio la clinica medica dal suo corso di studi per la laurea in medicina; ma non nega che si può vedere se sia il caso di sancire con la legge questo limite, che quasi sempre ognuno si impone da sè.

Quel che importa è che non si chieda di aumentare il numero di Facoltà e di Cattedre. Vi sono Cattedre vacanti. Ma non si può coprirle abbassando la dignità della tradizione universitaria. Piuttosto è da sperare che anche questo problema cominci ad avviarsi alla soluzione, poichè si ricomincia a sentire un'altra volta il gusto della cultura.

Si studierà che cosa si possa fare per gli assistenti ma non crede utile aprire le porte ed agevolare troppo l'entrata. Crede che per richiamare i giovani alla carriera degli studi bisogna anzitutto cercare di rialzare quanto sia nelle nostre forze il prestigio della nostra università, dell'istituto più antico e più glorioso della nostra tradizione, nato in Italia proprio in quel momento in cui l'Italia ha assunto l'egemonia culturale del mondo.

È inutile insistere a parlare dei pochi mezzi che abbiamo e ad enumerare quello che riusciamo a fare con la buona volontà. Ciò che importa è questo, che noi tutti abbiamo capito bene la nostra nuova verità e il nostro nuovo compito: che la cultura non è una fra le tante occupazioni della vita, ma è la vita stessa della Nazione che si fa consapevole di sè e dei suoi fini, e che quindi il Ministero nostro non può più essere solo un Ministero di scuole, ma deve essere anche Ministero di biblioteche e di archivi, di musei e gallerie e deve essere anche di più, deve essere Governo di cultura, di tutta la cultura, di quella che appartiene alla storia passata e di quella che si deve fare nella storia nuova. Con orgoglio e con umiltà pronunciamo questo compito totalitario del Ministero dell'educazione nazionale.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Consiglio Superiore di Sanità.

Con recente Sovrano provvedimento, adottato su proposta del Capo del Governo, ministro dell'interno, è stato provveduto alla costituzione del Consiglio superiore di sanità pel triennio 1930-32.

L'alto consesso, a prescindere dai membri di diritto, è stato costituito come appresso: prof. Giulio Alessandrini, prof. Silvestro Baglioni, prof. Guido Bargellini, prof. Giuseppe Bastianelli, prof. Guglielmo Bilancioni, ing. Ugo Bordoni, prof. Pier Ludovico Bosellini, prof. Pietro Canalis, prof. Oddo Casagrandi, prof. Dante De Blasi, prof. Sante De Sanctis, prof. Alfonso Di Vestea,

on. prof. Umberto Gabbi, dott. Emilio Gianturco, prof. Alessandro Lanfranchi, prof. Silvio Lessona, prof. Arnaldo Lusignoli, prof. Arnaldo Maggiora, prof. Luigi Manfredi, on. prof. Ettore Marchiafava, prof. Giovanni Orsi, prof. Nicola Parravano, on. prof. Vittorio Peglion, on. prof. Ernesto Pestalozza, on. ing. Umberto Puppini, prof. Achille Sclavo, prof. Pietro Stazzi, prof. Adriano Valenti, on. prof. Riccardo Versari.

Con successivo decreto ministeriale il senatore prof. Ettore Marchiafava e il prof. Alfonso Di Vestea sono stati nominati rispettivamente presidente e vice-presidente del Consiglio medesimo.

Per i dentisti abilitati.

Dopo discussione, cui hanno partecipato gli on. Ermanno Fioretti, Perna, Giardina, Pellizzari e dopo brevi dichiarazioni del sottosegretario on. Arpinati e del relatore on. Salvi, la Camera dei deputati ha approvato, con lievi emendamenti, la conversione in legge del R. D.-L. concernente la iscrizione dei dentisti abilitati in elenchi transitori aggiunti agli albi dei medici.

Per le colonie estive.

Il Ministero degli Interni, presi accordi con la Segreteria del P.N.F., ha demandato ai Prefetti il compito di coordinare tempestivamente nelle rispettive provincie tutto quanto riguarda il funzionamento delle colonie estive da mantenersi coi contributi di enti, comuni, privati ed associazioni.

Con questo provvedimento il Ministero degli Interni, in pieno accordo col Partito, vuole eliminare dannosi duplicati, interferenze e dispersioni di energia e di lavoro che furono lamentate negli scorsi anni ed assicurare il massimo rendimento nell'affettuosa protezione da spiegarsi per il maggior numero possibile di bambini bisognevoli di cure marine, montane e fluviali.

La preliminare azione dei Prefetti sarà indirizzata ad accertare le finalità programmatiche, i piani finanziari e la scelta delle località nelle quali dovranno sorgere le colonie.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici della provincia di Palermo.

In armonia alle recenti disposizioni governative, con decreto di S. E. il Ministro dell'Interno sono stati nominati membri del Consiglio dell'ordine dei Medici della Provincia il prof. Nicola Leotta, il prof. Francesco Saverio Latteri, il dott. Cosimo Urso, il dott. Michele Gulino, il prof. Eduardo Calandra, il prof. Michele Pavone, il prof. Antonino Bentivegna.

Nella seduta d'insediamento, il nuovo Consiglio ha proceduto alla nomina del Presidente, in persona del prof. Bentivegna, e del Segretario, in persona del prof. Pavone.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARGENTA (*Ferrara*). *Ospedale Civile.* — Chirurgo direttore; scad. 20 apr.; L. 10.000 e quadrienni dec., compartecipaz., c.-v.; tassa L. 50. Rivolgersi Congreg. di Carità.

ASCOLI PICENO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sezione med.-micrograf. del Laborat. Provinc. d'igiene e profilassi; scad. ore 18 del 10 mag. Chiedere condizioni.

AVELLINO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Stipendio iniziale L. 12.000, aumentabili a L. 14.500, oltre indennità servizio attivo L. 3200. Età lim. anni 45. Scadenza ore 12 del 27 maggio. Chiedere chiarimenti al Segretario generale dell'Amministrazione.

CAMERANO (*Ancona*). — Scad. 30 mag.; 1ª cond.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., per 1/4 della popolazione; addizion. L. 3; per cavallo od automezzo L. 3000; c.-v.; età lim. 25-40 a.; tassa L. 50,15.

COMO. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; ab. oltre 50.000; L. 17.000 e 3 trienni dec., oltre L. 2500 indenn. grado, L. 1000 serv. att., L. 780 assegno integrativo; partecipaz. 75 %; divieto eserc. libero; titoli ed esami; età lim. 45 a.; tassa L. 50,20 alla Tesoreria Com.; scad. ore 18 del 20 mag.

CONTROGUERRA (*Teramo*). — Al 30 apr., ore 18; L. 7700 e 4 quadrienni di L. 500, oltre L. 2400 trasp., L. 475 se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 15 mar.; schiarimenti dal Podestà.

FUTANI (*Salerno*). — Al 5 maggio; rivolgersi Segreteria.

GENOVA. *Municipio.* — Per titoli ed esami. Quattro posti di medico condotto. Stipendio annuo lordo L. 10.500 con dieci aumenti biennali del ventesimo. Scad. 30 giugno 1930. (V. N. 14).

LA SPEZIA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Medico direttore; scad. 9 mag. a ore 18; lire 16.000 e 6 trienni dec., oltre L. 4000 serv. att.; divieto libero eserc.; età lim. 40 a.; rivolgersi Segreteria (via Vittorio Veneto).

MAZZÈ (*Aosta*). — Proroga 23 aprile.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Vice-dirigente dell'Ambulatorio Comunale Oftalmoiatrico per i bambini delle scuole e per i poveri del Comune; L. 2000 annue con obbl. di 2 ore di serv. giornal. escluse le domeniche e con 30 giorni di vacanza annuale; nom. annuale, 3 conferme triennali; scad. ore 16 del 30 apr. Rivolgersi all'Ufficio di Protocollo, via Ospedale 5. Età lim. 39 a.

NAPOLI. *Augustissima Arciconfraternita ed Ospedali della SS. Trinità dei Pellegrini e Convalescenti.* — Quattordici alunni chirurghi; prova scritta e due esperimenti pratici; iscrizione a un Ordine. Per i primi 6 graduati L. 720 (settecentoventi) annue; per gli altri 8 servizio gratis; al primo graduato L. 500 (fondazione Ninni). Nom. triennale. Rivolgersi Segreteria generale del Pio Luogo, Largo dei Bianchi 7.

OSIMO (*Ancona*). — Al 2 mag.; cond. primario con servizio all'Ospedale e all'Ambulatorio; ab. 20.000; L. 8000 oltre L. 2000 indenn. spec., c.-v. Due anni nei reparti chirurgici di un ospedale di città capoluogo di provincia come aiuto effettivo.

PIACENZA. *R. Prefettura*. — Ufficiale Sanitario medico-capo del comune. Stipendio L. 20.000, oltre l'indennità di carica L. 3000. Cinque aumenti quadrienn. pari a un decimo dello stipendio base. Le domande, con i documenti di rito, debbono essere presentate alla R. Prefettura di Piacenza, entro il 10 luglio.

PISTOIA. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esame. Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Scadenza ore 18 del 15 maggio. (V. N. 14).

PONT CANAVESE (*Novara*). — 2ª cond.; scad. 10 giu.; L. 9000, oltre L. 1800 cavalc., L. 800 uff. san., indenn. alloggio; aumenti di L. 4500 in 20 anni; riconoscim. serv. anter.

TERRACINA (*Roma*). — Zona montuosa ed attigua pianeggiante; scad. 25 apr.; tassa L. 50; stip. L. 8500 e c.-v., oltre L. 2000 cavalc.

VERONA. *Consiglio Ospitaliero*. — Primario dermosifilografo; scad. 30 giu.; L. 4000 (quattro mila), oltre L. 1000 (mille) supplem. serv. att., percentuali; età lim. 30-50 a.; tassa L. 50,05.

VOGHERA (*Pavia*). *Ospedale Civile*. — Scad. 22 apr.; aiuto chirurgo e chirurgo assistente. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Società Italiana di Medicina Sociale.

La Società Italiana di Medicina Sociale, che ha bandito, con L. 10 mila di premi della « Rivista di Terapia Moderna », due concorsi fra medici italiani sui temi:

I) Le ragioni d'indole medica e sociale che stanno per la ruralizzazione contro l'urbanesimo;

II) La medicina preventiva e la selezione professionale dell'operaio in rapporto alle assicurazioni sociali, notifica che il termine del Concorso, che era stato fissato per il 31 Marzo 1930, è stato prorogato al 30 Giugno 1930. Pure essendo pervenuto buon numero di lavori, si è creduto opportuno accogliere la domanda di proroga da parte di medici, specie residenti all'estero, che non avrebbero potuto completare i lavori nel termine prestabilito; comunque, resta assolutamente definitivo il nuovo termine concesso.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla « Società Italiana di Medicina Sociale », via Dogana n. 2, Milano, oppure alla « Rivista di Terapia Moderna », via Vallazze 39, Milano.

Premio Bufalini.

Il Rettore della R. Università di Firenze avverte che la memoria contrassegnata dal motto « Tentar non nuoce », concorrente al premio Bufalini, è andata smarrita. L'autore è invitato a far pervenire un'altra copia della memoria alla Direzione della Segreteria. Qualora la memoria non pervenisse entro il 15 giugno, si riterrà che il concorrente abbia volontariamente rinunziato al concorso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

È stata or non è molto aggiudicata la borsa di studio di lire cinque mila che la Ditta A. Wassermann, sempre illuminata e generosa, mette ogni anno a disposizione della Associazione Nazionale Italiana Dottoresse in medicina e chirurgia.

La Commissione era composta dalla dott.ssa prof.ssa Carcupino Ferrari (Salsomaggiore), presidente dell'Associazione, dalla dott.sa E. Vecchi (Roma) e dalla dott.sa prof.sa Ines Fini (Bologna).

Per l'anno accademico in corso è stata proclamata vincitrice del concorso la dott.sa Eleonora Andreis, cui era stato anche dato il primo posto in graduatoria. La Andreis, laureata della Università di Milano, è iscritta all'Istituto V. E. III per lo studio e per la cura del cancro, sezione anatomo-patologica (prof. Pepere), per la specializzazione nel campo della oncologia.

Rallegramenti, cordiali.

Sono stati recentemente nominati Ispettori regionali i seguenti medici sportivi per le regioni accanto segnate:

Dott. Cartasegna Massimo, Ispettore per il Piemonte; Dott. G. Poggi Longostrevi per la Lombardia; Dott. Trizzera Augusto, per la Venezia Tridentina; Dott. Polacco Enrico, per la Venezia Giulia; Prof. Ceresole Giulio, per la Venezia Euganea; Prof. Pini Giovanni, per l'Emilia; Professore Sorrentino Goffredo, per le Marche; Dottor Angelucci Fausto, per il Lazio; Prof. Drago Federico, per la Liguria; Dott. Narducci Franco, per l'Umbria; Dott. Sgambati Mario, per la Campania; Dott. Davi Marco, per la Sicilia; Prof. Podestà Ernesto, per le Puglie; Dott. Mascia Mario, per la Sardegna.

Sono nominati medici sportivi capi provinciali, per le provincie accanto segnate: Dott. Apollini Giovanni, Roma; Prof. Aiello Giuseppe, Milano; Dott. Bettinetti Marcello, Novara; Dott. Grado Benedetto, Pola; Dott. Barbaci Goffredo, Bologna; Dott. De Luca Antonio, Palermo; Prof. Alberti Olindo, Brescia; Prof. Fiori Paolo, Modena; Professore Lenaz, Fiume; Dott. Oblassi Enrico, Gorizia; Dott. Masucci Antonio, Foggia; Dott. Capuzzello Dante, Lecce; Dott. Barbaci Gino, Spezia; Prof. Vidoni Carlo, Genova; Prof. Penza Giovanni, Lecco; Dott. Gionco Franco, Monza; Professore Citelli Salvatore, Catania; Dott. Rinaldi Ettore, Trieste; Dott. Merlani Renato, Viterbo.

Il dott. Georg Hohmann, di Monaco di Baviera, è nominato professore di ortopedia all'Università di Francoforte sul Meno.

Il dott. Philipp Broemser, di Basilea, è nominato professore di fisiologia all'Università di Heidelberg.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Napoli.

Nuove acquisizioni e nuovi orientamenti nell'oftalmologia.

Come già fu annunziato il 25 gennaio c. a. alle ore 16 l'illustre prof. Vittoriano Cavara successo al Maestro prof. Arnaldo Angelucci nella direzione della R. Clinica Oculistica di Napoli dette inizio al corso ufficiale di oftalmoiatria alla presenza di un foltissimo pubblico di professori e studenti. L'O. esordì con vive parole di gratitudine agli illustri professori della Facoltà Medica di Napoli che vollero chiamarlo a succedere sulla cattedra ad uno dei più grandi Maestri dell'oculistica italiana, e, dopo aver rivolto il suo devoto e grato pensiero ai suoi Maestri prof. Bardelli di Firenze e prof. Bietti testè deceduto a Bologna, entrò nell'argomento della sua lezione: « Nuove acquisizioni e nuovi orientamenti nell'oftalmologia » rilevando subito il progresso scientifico in ogni campo di questa disciplina. Così sulla diagnostica illustrò con chiare parole i nuovi mezzi d'indagini tra i quali la lampada a fessura che permette come si suol dire di effettuare la microscopia sul vivente. Nel campo della batteriologia accennò alle discusse ed importanti ricerche sul tracoma di Noguchi. Per la terapia disse degli importantissimi studi del Gorien e delle nuove operazioni nel distacco di retine nel glaucoma, e accennò alla importantissima conquista fatta della proteinoterapia aspecifica della quale fu assertore in Italia l'Angelucci, applicando l'emoterapia in molte forme oculari. Parlò poi dei nuovi indirizzi costituzionalistici che, iniziati in Italia ad opera del Viola, Castellino e Pende, sono anche entrati vittoriosi nel campo dell'oftalmologia, principalmente ad opera della scuola del suo illustre predecessore Angelucci, e chiuse infine il suo dire rivolgendo un caldo ed affettuoso saluto agli studenti che egli si augura di avere come collaboratori volenterosi ed attenti nella disciplina oculistica.

L'O. fu vivamente applaudito da tutti gli intervenuti, i quali vollero ancora con un prolungato e caldissimo applauso dimostrare la loro simpatia all'illustre Maestro prof. Angelucci. presente alla importante prolusione.

NOTIZIE DIVERSE.

Scuola Superiore di Malariologia.

La Scuola Superiore di Malariologia prosegue nel compito voluto ed affidatole dal Duce ormai da quattro anni ed ha inaugurato il 1° aprile nella sede in Roma, Policlinico Umberto I, Clinica Medica, i corsi della Sezione Tecnico-economica. L'ing. Capo Bonamico, vice-direttore della scuola, a nome del direttore prof. Ascoli, nella lezione inaugurale ha ricordato agli allievi iscritti l'importante posto che spetta al tecnico di ingegneria ed agraria nel realizzare la bonifica alla luce delle leggi moderne dettate dalla dottrina della malaria.

A questo scopo la scuola è stata ordinata con indirizzo di carattere tecnico ed eminentemente pratico.

I corsi, che proseguiranno nei mesi di aprile e maggio a cui sono preposti i più valenti insegnanti e funzionari dello Stato, sono integrati da sopraluoghi nei più importanti centri di bonifica di tutta Italia.

Al termine delle lezioni gli iscritti conseguiranno con prove di esame il diploma di specializzazione.

Corso accelerato di clinica della tubercolosi per medici condotti.

All'Istituto « B. Mussolini » ha avuto luogo la inaugurazione del 2° corso accelerato di clinica della tubercolosi per medici condotti, da noi annunziato.

Vi parteciparono centoquindici medici condotti venuti da ogni parte d'Italia, che gremivano l'aula delle lezioni.

Ha preso subito la parola il dott. Arnaldo Lusignoli che, dopo aver ricordato tutto quanto è stato fatto in quest'ultimo periodo specialmente dal Ministero dell'Interno e per esso dalla Direzione Generale della Sanità, ha ringraziato sentitamente il presidente della Confederazione dell'Industria, l'ing. Burgo, l'on. Morelli, il prof. Ilvento, il prof. Giannini, i quali hanno sempre assecondato gli sforzi dell'Associazione dei medici condotti per dare ad essi quella preparazione che oggi è indispensabile ai fini dell'immane lotta che il Governo ha ingaggiata. Ha insistito sui doveri che spettano ai medici condotti nell'opera di collaborazione coi Consorzi e coi Dispensari antitubercolari e sulla importanza che oggi ha assunto la vaccinazione Maragliano.

Dopo di lui ha tenuto una lezione il prof. Morelli, il quale ha voluto mettere in giusta luce la funzione del medico condotto nel campo della medicina sociale, precisando che senza l'opera di questa categoria di funzionari ogni tentativo di lotta antitubercolare riuscirebbe vano. È entrato poi in argomento.

La cerimonia ha avuto fine con una calorosa dimostrazione all'indirizzo dell'on. Morelli e delle autorità convenute.

Corso complementare d'igiene.

Si terrà presso l'Istituto d'igiene della R. Università di Cagliari, dal 5 maggio al 4 luglio, per aspiranti ufficiali sanitari; tassa L. 300; modalità consuete. Chiedere annunzio.

Il 1° Congresso di tecnica sanitaria.

Come avevamo annunciato, si è svolto a Praga il 1° Congresso di tecnica sanitaria e igiene, inaugurato il 16 marzo in coincidenza con l'inaugurazione della Fiera semestrale di Praga. Nelle sedute furono discusse varie questioni inerenti all'acqua potabile, alle fognature, all'allontanamento delle immondizie, all'igiene dell'aria e a quella edilizia; alle applicazioni pratiche dell'igiene cittadina e dell'igiene sociale. Furono visitate interessanti istituzioni della città. L'Italia era rappresentata, oltre che dal comm. Tommasi-Crudeli, capo della delegazione, dai delegati della città di Genova, dott. Argi, segretario generale del Comune, e prof. Ragazzi, direttore dell'Ufficio d'Igiene municipale. Quest'ultimo riferì ampiamente sul nuovo regolamento d'igiene edilizia del Comune

di Genova. La città di Genova prese inoltre parte alla esposizione tecnica sanitaria organizzata nei locali della Mostra campionaria. Si è deciso che il prossimo convegno avrà luogo a Milano nella primavera del 1931, durante il periodo della Fiera Campionaria.

Associazione dei medici dei dispensari antitubercolari e dei sanatori.

Si è costituita, in seno alla Federazione Fascista di lotta contro la tubercolosi, l'Associazione dei medici dei dispensari antitubercolari e dei sanatori. Possono essere soci i medici, direttori, primari, aiuti ed assistenti dei dispensari e dei sanatori pubblici o privati.

L'Associazione ha il compito di promuovere e di mantenere relazioni culturali tra gli aderenti in rapporto alle questioni della tecnica dispensariale e sanatoriale.

Questa nuova Associazione di lotta contro la tubercolosi, merita il plauso e l'incoraggiamento di quanti conoscono i pericoli, le insidie del flagello della tubercolosi e di quanti amano la Patria e la sanità delle sue creature.

L'Ufficio di segreteria della nuova Associazione è in Bologna, via Dante, 6.

Un Comitato per l'assistenza universitaria.

E' allo studio al Ministero dell'Educazione Nazionale un progetto che dovrebbe sistemare il complesso e delicato problema dell'assistenza universitaria. L'amministrazione di quest'opera sarebbe affidata per intero ad un comitato ministeriale, di cui forse farebbe parte anche un rappresentante dei gruppi universitari fascisti, il quale sarebbe così l'interprete dell'anima e della volontà degli studenti, e cioè di veramente competenti a conoscere e ad affermare le necessità del mondo goliardico.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale amministrerebbe, attraverso i propri organi periferici, questa importante branca della vita universitaria e ad esso affluirebbero tutte le somme raccolte dalle singole Università per mezzo della tassa già istituita a favore delle opere assistenziali, e di quelle dei lasciti, donazioni, ecc.

Le somme ricavate verrebbero poi spese secondo criteri che saranno dettati dal Comitato Centrale sia per opere di pura assistenza scolastica, sia per necessità di carattere generale e per urgenti bisogni delle Università.

Per le stazioni idroclimatiche italiane.

Sotto gli auspici della Associazione Italiana di Idroclimatologia e dell'Ufficio Stampa Medica Italiana si raduneranno a Milano, il giorno 24 aprile, insigni cultori delle varie Scienze che sono di fondamento alla Idrologia medica, per trattare, sotto forma di conferenze, comunicazioni, ecc. argomenti di piena attualità.

Verrà precisato come si susseguiranno le conferenze (con proiezioni, ecc.) durante la giornata (24 aprile) dedicata alla « Idrologia-Climatologia Italiana », essendo già fissato che alle ore 9 del giorno 24 aprile il punto di raduno dei medici, di qualunque parte d'Italia, sarà il piazzale tra la Clinica del Lavoro e l'Ospedale Maggiore (incrocio Via S. Barnaba con Via Francesco Sforza).

Sarà effettuata durante la giornata anche una visita alla Mostra delle Stazioni Idroclimatiche Italiane, organizzata nella Fiera Campionaria.

Nessuna tassa di inscrizione. Per motivi inerenti alla organizzazione, sarà bene che i medici che vogliano partecipare alla « Giornata Idroclimatologica » mandino la loro adesione al prof. C. Gozzi, segretario generale della « Associazione Idroclimatologica », Via Bellotti, n. 17, Milano.

Istituto di ricerche per lo studio del cancro a Parigi.

Il presidente della Repubblica Francese e altri membri del Governo hanno inaugurato l'istituto di ricerche per lo studio del cancro, annesso alla Facoltà medica di Parigi.

Il prof. Roussy, direttore del Centro anticanceroso di Parigi, è stato l'organizzatore e l'animatore dell'istituzione.

Tutte le discipline che possono cooperare allo studio del cancro sono rappresentate nel nuovo Istituto. Alla testa di ogni servizio è uno studioso di speciale competenza.

Donazioni.

Una oblazione di 100.000 lire è stata fatta dal prof. comm. Luigi Paolini di Imola per la manutenzione del gabinetto di radiologia già da lui donato generosamente alla sua città.

Conferenza.

Al « Rotary Club » di Milano il prof. Gaetano Ronzoni si è occupato delle assicurazioni sociali. Ha premesso una precisa disamina di quanto in questo campo è avvenuto in Francia, ove il progetto relativo, che nel 1926 dopo parecchie vicende durate cinque anni fu definitivamente approvato dal Parlamento, fino ad ora non ha potuto essere applicato per le forti opposizioni manifestatesi nel paese. In Italia proprio da pochi giorni furono pubblicate le relazioni dell'onorevole Bottai e del sen. Garbasso, le quali dimostrano la consistenza della Cassa di Assicurazioni Sociali; ma particolarmente interessante è il campo della lotta antitubercolare.

Naturalmente, bisogna tener conto che questa grande riforma deve attuarsi lentamente e cautamente, per evitare le incognite di esperimenti affrettati.

Secondo i dati dell'esercizio chiusosi al 30 settembre 1929, si sono avute 871.068 giornate di ricovero, utilizzando per esse i seimila letti sanatoriali disponibili. Per conto della Cassa furono ricoverati 5911 individui, assistiti a domicilio 2632 e negli ambulatori 12.464. Si è affermato però il concetto che l'assistenza a domicilio debba scomparire perchè in contrasto con la vera opera di prevenzione.

Nell'alta Italia l'inizio dell'opera assistenziale ha potuto verificarsi avendo a disposizione un buon numero di letti; nelle altre regioni, specialmente nell'Italia meridionale, il problema era molto complesso, ma per facilitarne la soluzione la Cassa ha studiato uno speciale tipo di padiglione capace di 150 letti, fornito di tutti i servizi necessari, ma il cui costo è molto inferiore a quello di una ordinaria costruzione.

L'oratore si è poi occupato della vaccinoterapia, che costituisce una gloria essenzialmente italiana.

Finalmente, ha messo in rilievo l'opera che si svolge a Milano, per merito del Preside della Provincia avv. Sileno Fabbri, nel campo della prevenzione e dell'assistenza antitubercolari, specialmente per ciò che riguarda la maternità e l'infanzia.

Commemorazione del prof. Torti.

Il 29 marzo, nella grande sala dell'Accademia Medica di Roma al Policlinico, l'illustre direttore del nosocomio, prof. Giulio Galli, commemorò il prof. Alfonso Torti che lo aveva preceduto nell'alto e delicato ufficio.

Erano presenti oltre molti accademici, professori della Università, primari e medici ospitalieri, anche la marchesa Hermann di Targiani, della presidenza della Croce Rossa Italiana, molte distinte dame della medesima, le suore di carità del Policlinico, con la madre superiora suor Virgilia, una rappresentanza della Scuola Convitto Regina Elena per infermiere, con la direttrice Miss Snell, infermieri, sorveglianti e impiegati dell'ospedale, molte gentili signore e il padre Stanislao da Fiuggi, presidente dei cappellani cappuccini del Policlinico.

Nato da ben nota e stimata famiglia romana — ricordò il prof. Galli — Alfonso Torti, fino dal terzo anno del corso di medicina, entrò come alunno interno negli ospedali e vi rimase ben 52 anni, culminando la sua carriera nell'ospedale del Policlinico, che diresse fino a pochi mesi prima della morte.

Alfonso Torti accettò l'incarico di Direttore in un momento nel quale, fra l'aspettazione di tutti, si iniziava la vita del massimo istituto ospitaliero d'Italia che, nella mente di Guido Baccelli, doveva essere la degna sede delle « risorgenti fortune cliniche ed ospitaliere d'Italia ».

Tale accettazione rappresentò per Alfonso Torti la dedizione completa ad un ideale ricco di intime soddisfazioni morali, irto di gravi responsabilità, pieno di notevoli sacrifici economici, che egli impose a se stesso ed alla sua famiglia — come ha ben ricordato il prof. Galli — rinunziando quasi del tutto ai vantaggi che gli derivavano da una clientela estesa, appassionata e redditizia, frutto della sua maturità professionale.

Cominciò così per lui la diuturna fatica dalla quale doveva nascere e svilupparsi gradatamente la funzione armonica della Istituzione Ospitaliera nell'ambiente di alta coltura rappresentato dagli Istituti Clinici Universitari.

Il Torti tenne per lunghi anni l'ufficio con grande perspicuità, competenza, equanimità ed umanità e con costante soddisfazione di tutti, dagli infermi al personale interno delle varie categorie, alla cittadinanza.

La medaglia d'oro al merito ospitaliero conferitagli dall'Amministrazione degli Ospedali Riuniti, riassume, verso il Torti, la riconoscenza dei gerarchi, l'affetto e l'ammirazione dei colleghi e dei dipendenti.

Le commosse parole del prof. Galli, che rievocò con tanto fraterno calore la compianta figura dell'estinto, suscitarono la più profonda impressione nell'affollato uditorio.

Vittima del dovere.

Dopo 25 anni d'intensa attività e dopo aver subìta l'amputazione della mano destra per radiodermite cancerosa, è rimasto vittima del dovere il prof. Marco Sciallero di Genova.

Episodio epidemico di trichinosi.

Un'ottantina di persone che in una trattoria di Stoccarda hanno consumato la carne di un orso bianco da poco affumicata, sono ammalate di trichinosi e 8 di esse sono morte durante il periodo d'invasione. Si è rilevato che questo triste bilancio rivela un'insufficienza degli ordinamenti sanitari tedeschi, i quali consentono che le carni di selvaggina vengano poste in vendita senza aver prima subìto l'esame veterinario.

Abbiamo già dato notizia della perdita del prof. JULIUS SCHWALBE.

Nato il 13 giugno 1863 a Nakel (Posmania), laureatosi a Berlino nel 1886, fu per 3 anni assistente nell'Ospedale Friedrichshain (in medicina, in chirurgia e da ultimo in anatomopatologia).

Per qualche tempo si dedicò con successo alla pratica privata; ma venne attratto dal giornalismo medico. Quando ebbe affidata la redazione dei « Fortschritte der Krankenpflege », si distinse subito per le sue attitudini giornalistiche, tanto che alla morte di Guttmann, nel 1893, l'editore Georg Thieme affidò a lui e ad Eulenberg la redazione della « Deutsche Medizinische Wochenschrift »; egli la tenne per 36 anni, associandosi poi R. von der Velden e P. Wolff.

Seppe fare della « Deutsche » il periodico medico più accreditato e diffuso della Germania, grazie all'organizzazione tecnica ed attraverso inchieste, referenda, discussioni di problemi scientifici, clinici, d'interessi professionali e mediante il ricco notiziario — le « Kleine Mitteilungen » — da lui personalmente curato. Con Posner organizzò nel 1894 l'« Associazione della stampa medica tedesca » e v'impresse un potente impulso. Dai medici tedeschi era anche apprezzatissimo il suo « Reichmedizinelkalender », stimato quasi indispensabile.

Lo Schwalbe ha pubblicato o concorso a pubblicare tutta una serie di volumi: tecnica diagnostica, medicina d'urgenza, malattie della vecchiaia, la notissima raccolta sugli errori diagnostici e terapeutici, l'enciclopedia di medicina pratica (con Ebstein), ecc.

È stato attivo anche nel campo sociale, sovratutto nei riguardi della lotta antitubercolare. Fondò una Cassa di soccorso per medici.

Gli furono affidate alte cariche e ricevette il titolo di professore.

La sua attività molteplice, sovratutto nel campo giornalistico, ebbe a creargli delle inimicizie e fu portato perfino nelle aule dei tribunali; ma egli seppe sempre far valere la giustizia delle sue campagne.

D'aspetto imponente, pareva dovesse sfidare ogni infermità; ma è stato abbattuto all'improvviso da un attacco di angina pectoris.

La morte di Schwalbe è fortemente sentita dal mondo medico.

P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., dic. — B. J. Alpers e H. P. Palmer. Complicazioni cerebrali e midollari durante la gravidanza e il puerperio. — G. W. Henry. Il metabolismo basale negli stati emotivi.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., nov. — M. Labbé e al. Effetti dell'alcool sul ricambio di sani e diabetici. — P. Desgeorges. Litiasi biliare e colibacillosi.

Rif. Med., 14 dic. — U. Baccarani. Colecistiti croniche non calcolose. — F. Fedeli. Calcolosi ureterale.

Rass. Internaz. di Cl. e Ter., nov. — Numero sui progressi delle scienze mediche nell'ultimo decennio.

Amer. Med., nov. — Numero di fisioterapia.

Pathologica, 15 dic. — A. Cesaris Demel. Megacariociti coltivati in vitro.

Arch. Ital. di Chirurgia, 1. — L. Cirio. Ernie interne periduodenali. — A. Miani. Lesioni dell'intestino ad infiltrato plasmacellulare.

Gaz. d. Hôp., 25 dic. — Laignel-Lavastine. Endocrino-nevrosi ipotensiva.

Bull. Méd., 28 dic. — Numero di dermatologia.

Deut. Med. Woch., 27 dic. — Umber. Diagnosi e trattam. delle malattie delle vie biliari profonde. — Calmette e Guerin. Vaccinoprofilassi della tbc. bovina.

Lancet, 28 dic. — A. Fullerton. I progressi dell'urologia.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 dic. — Numero sull'anatomia patologica.

Presse Méd., 25 dic. — A. Lemierre e al. Setticemia da « Bacillus fragilis ».

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 22 dic. — M. Gioseffi e M. Piazza-Poliak. Epidemia ospedaliera di vulvovaginite gonococcica.

Presse Méd. d'Egypte, 15 nov. — S. Voronoff e G. Alexandrescu. Innesti testicolari.

Journal A. M. A., 14 dic. — L. T. Swain e J. G. Kuhne. Prevenzione delle deformità nelle artriti cron. — E. Mayer e L. N. Kugelmass. Alimentazione vitaminica nella tbc.

Mediz. Klinik, 27 dic. — H. Friedrich. La röntgendiagnosi delle malattie della cistifellea.

Soc. d. Hôp., 23 dic. — Jausion e al. Gli eczemi, malattie da sensibilizzazione. — M. Renaud e A. Miget. Encefalite degenerativa in donna luetica.

Practitioner, gen. — Numero di oto-rino-laring.

Presse Méd., 28 dic. — M. Villaret. Estratti pancreatici detti ipotensori.

Minerva Med., 29 dic. — V. Scala. Chemioterapia del granuloma maligno.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., dic. — A. M. Bonanno. Influenza delle radiazioni Roentgen sull'anafilassi.

Paris Méd., 28 dic. — M. Duvoir e R. Goldberg. Veleni metemoglobinizzanti. — F. Morel. Sifilide senza ulcera.

Gaz. d. Hôp., 4 gen. — P. Baize. Setticemie da « B. perfrigens ».

Wien. Klin. Woch., 7 gen. — Wagner-Jauregg. Gozzo endemico e mixedema.

Deut. Med. Woch., 3 gen. — Reichardt. La concezione di malattia. — Schwarz. Codeinismo.

Lancet, 4 gen. — F. Buzzard. La nevrastenia. — H. Burt-White. Sieroterapia della setticemia puerperale.

Brit. Med. Journ., 4 gen. — E. Bramwell. Aspetti clinici del dolore. — W. Wheeler. Diverticolite perforativa del colon.

Journal A. M. A., 21 dic. — F. Smith e al. Colonspasmo. — G. Shwartzman. Siero antimeningococcico.

Proc. R. Soc. of Med.. dic. — Discussione sull'anestesia avertinica. — Id. sul corpo pituitario. — Casistica.

Rev. de Méd., dic. — Numero di pediatria.

Zbl. f. Chir., 4 gen. — F. Oehlecker. Endometriosi (adenomiosi) della vescica ur. — E. Seifert. Epididimite non aspecifica.

Soc. d. Chirurgiens de Paris, 15 nov. — Dupuy de Frenelle. Trattam. della tbc. del ginocchio. — C. Buizard. Chirurgia degli enfisematosi. — V. Pauchet e al. Gastro-enterostomia semplificata.

Paris Méd., 4 gen. — Numero sulla tbc.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 21 Aprile 1930 Num. 16

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE DI FERRARA.

La mia cura del diabete mellito mediante la radioterapia della regione ipofisaria.

Prof. dott. GAETANO BOSCHI, direttore.

Mi permetto chiamarla addirittura così, a sventare ogni equivoco. Del resto già il prof. Cesare Cattaneo ebbe recentemente a chiamarla col mio nome (*La Medicina Italiana*, agosto 1929, pag. 608).

Descrissi il primo caso, ed il metodo, sul n. 23 della « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche » dell'anno scorso.

Esso consiste in una irradiazione profonda sulla ghiandola ipofisi; o, più esattamente, sulla regione tubero-ipofisaria, sia per la impossibilità materiale di concentrare rigorosamente la radioterapia sulla ipofisi escludendo la regione tubero-infundibolare; e sia perchè questa stessa regione è opportuno di aggredire essa pure in quanto si ritiene oggi che propaggini ghiandolari ipofisarie si estendano in seno a detta soprastante regione.

Che un adenoma ipofisario possa dare, fra gli altri disturbi, anche glicosuria, è arcinoto.

Come un adenoma ipofisario sia curabile vantaggiosamente con una radioterapia profonda, è pure arcinoto.

Il succo e la parte originale del mio lavoro sta nella cura *del diabete* mediante la radioterapia dell'ipofisi (che è poi radioterapia della regione tubero-ipofisaria). Apposta ho intitolato quel primo lavoro: « *Diabete mellito* curato colla radioterapia profonda dell'ipofisi ».

Intendo dunque porre bene i limiti della paternità mia. L'oggetto originale della mia pubblicazione di allora già citata riposa su una concezione di medicina individualistica, evidentemente ispirata ad Achille De Giovanni: e cioè che, come scrissi in quel lavoro, o per modalità meccaniche del tumore ipofisario, o per diversa suscettibilità morbigena di questo o quel centro infundibulo-tuberiano in paragone degli altri, eventualmente « un piccolo adenoma ipofisario possa esprimersi sintomatologicamente con della glicosuria soltanto » (pag. 747).

Ecco perchè clinicamente il caso rispettivo può presentarsi come « diabete mellito » puro

e semplice e *non* come glicosuria sintomatica di adenoma ipofisario. Dipenderà poi dalla quantità e qualità della indagine neurologica, o dalla soggettiva interpretazione di certi sintomi a significazione ambigua, quali la cefalea, l'astenia, la sonnolenza, un lieve grado di debolezza sessuale, forse certe turbe oculari, che si è incerti talvolta se si debbano considerare come disturbi collaterali alla alterazione del ricambio idro-carbonato ovvero ad essa conseguenti, dipenderà anche da ciò se l'osservatore giudichi un eventuale adenoma ipofisario nettamente monosintomatico, ovvero monosintomatico con qualche *nuance* collaterale.

Comunque, rimane questo scultorio e preciso: che la cura *mia* consiste nella radioterapia profonda sulla regione ipofisaria, e quindi tubero-ipofisaria, nel diabete; rispettivamente, la radioterapia profonda sull'ipofisi — e quindi sulla regione tubero-ipofisaria, — sia fatta per via temporale, o sia fatta dal vertice, o dall'occipite, o di dove si voglia e si possa, in casi di diabete mellito, conforme da me pubblicato nel mio ripetutamente citato lavoro, costituisce la mia cura del diabete mellito (di quei certi casi che vi rispondono).

Questo per ciò che riguarda la pratica della cura.

Per ciò che riguarda poi la teoria, e cioè il meccanismo dell'azione tanto vantaggiosa rivelatasi in quel mio primo caso, come pure in un secondo da me comunicato in una Conferenza Clinica all'Istituto di cultura medica di Varese nel luglio dell'anno passato (*La Medicina Italiana*, agosto 1929), questo è un altro paio di maniche; e a proposito di esso c'è molto da dire, perchè l'argomento è complesso, e sono ancora *sub iudice* gli argomenti che devono invocarsi come piedestallo alle relative congetture: come e quale e dove si esplichi nella sua intrinsichezza l'azione radioterapica in genere ancora bene non sappiamo, e non sappiamo ancora bene quali e come siano le funzioni della ipofisi stessa e dei centri mesocefalici sovrastanti, nè i rapporti reciproci fisiopatologici.

In quel mio primo lavoro, io ho espresso la propensione per la ipotesi, che ancor oggi prediligo, che il meccanismo dell'azione curativa della radioterapia ipofisaria nei casi di diabete mellito che se ne avvantaggiano riposi sulla inibizione di un iper-dispituitarismo che disturbasse, vuoi meccanicamente, vuoi biologicamente, il soprastante centro simpatico del ricambio zuccherino. Se il disturbo fosse, prevalentemente almeno, di indole biologica, il meccanismo dell'azione vantaggiosa della radioterapia riposerebbe, per esempio, su una immediata inibizione del disordine secretorio. Sono tutte congetture, più o meno fondate. E per la ipotesi mia sono partito dal principio che una ghiandola pituitaria più o meno leggermente adenomatosa sia più elettivamente suscettibile ai raggi X che non il tessuto nervoso soprastante. E sono partito da considerazioni cliniche, alle quali aggiungerò le seguenti.

Il diabete mellito è particolarmente frequente nei sacerdoti cattolici. Non credo di venir meno al profondo rispetto che io sento per loro, asserendo che il fatto stesso della loro vocazione alla castità depone — in tesi generale, e a parte le eventuali eccezioni — per una costituzione organica meno carnale che non quella dei comuni mortali. È dunque probabile in molti di loro una originaria predisposizione che — se io associ insieme nella mia considerazione l'eventuale malattia del ricambio zuccherino colla modestia originaria di funzionalità sessuale — mi vien fatto di riferire precisamente a sede tubero-ipofisaria, ma probabilmente con predominio endocrino.

Vi sono alterazioni della ipofisi nel diabete risultate solo come reperto di autopsia: una iperplasia del lobo anteriore è descritta dal Comessatti (*Minerva Medica*, 1928). È vero che si sono descritte alterazioni intrinseche anche nei sovrastanti centri mesocefalici, ma verosimilmente di natura secondaria, acidosica (Nicolesco e Raineau, *Revue Neurol.*, 1927).

D'altra parte, escludere alterazione ipofisaria *in vivo* in singoli casi che eventualmente mostrassero di avvantaggiarsi della mia cura, sarebbe cosa problematica. La sella turcica può apparire normale ad onta di alterazioni anche gravi della ipofisi. E perfino l'eventuale esame anatomo-patologico sarebbe scarsamente attendibile se non fosse praticato mediante tagli seriali. C'è appena bisogno di richiamare le discussioni che si son fatte a proposito di presunti, o presumibili, casi di acromegalia senza lesione ipofisaria.

L'ipotesi di un meccanismo d'azione della mia cura diverso da quello supposto da me dovrebbe comportare e suggerire corrispondenti profonde varianti nella tecnica della cura stessa.

*
* *

Come dissi fin dal primo momento, in teoria la mia cura può essere indicata anche in casi di diabete che, dal punto di vista tubero-ipofisario, o neuro-ipofisario, come denomina in modo più comprensivo il Di Guglielmo, si presentino nettamente monosintomatici:

diabeti melliti puri e semplici. L'eventuale risultato felice in uno di siffatti casi attesterebbe, secondo il mio modo di vedere, che si trattava veramente di diabeti su base di lesione neuro-ipofisaria monosintomatica.

Però nei casi in cui a me non riuscì di scorgere affatto segni neuro-ipofisari — due casi mi si prestarono al tentativo terapeutico l'anno scorso — non ebbi affatto risultati soddisfacenti.

Ritengo quindi un po' arrischiata l'applicazione della mia cura a quei casi che non mostrino indizio alcuno di lesione neuro-ipofisaria. Onde: volendosi procedere con tranquillo proposito, consiglio di far precedere la mia cura da un finissimo esame neurologico che valga a confortarne la indicazione.

RIASSUNTO.

La cura del diabete descritta dall'A. consiste in una radioterapia penetrante sulla regione tubero-ipofisaria (per via temporale, per via frontale, ecc.). Le dosi hanno ad essere blandamente depressive sulla ghiandola ipofisi.

La cura si presta soltanto a certi casi di diabete.

Nell'ideare la cura l'A. è partito dal principio che un piccolo adenoma ipofisario possa ledere anche una soltanto delle funzioni infundibolo-tuberiane così che si possa avere diabete puro e semplice come espressione monosintomatica di una affezione tubero-ipofisaria.

L'A. però non insiste risolutamente sul meccanismo d'azione per cui giova la sua cura.

Egli ha ottenuto guarigioni che fino ad oggi — e da parecchi mesi — sembrano durature. Ma in casi in cui non potè scorgere segni tubero-ipofisari univoci, non ottenne risultati soddisfacenti.

Consiglia quindi per ora di decidere la sua cura radioterapica in un caso di diabete solamente in seguito ad un fine esame neurologico che ne stabilisca l'indicazione.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI SANTARCANGELO DI ROMAGNA
SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. ACHILLE FRANCHINI.

Sopra un caso di ascesso del cavo del Douglas per ferita perineale (1).

Dott. MARINO NICOLINI, assistente.

Mor. Rino, a. 21, di Cesenatico.

Anamnesi. — Il padre morì nel dicembre 1927 per neoplasma delle fauci. Ha tre fratelli che godono buona salute; due morirono in tenera età per malattie non ben precisabili. All'età di 11 anni soffrì di pleurite essudativa destra che guarì dopo un mese circa. Verso la metà del mese scorso mentre recavasi a diporto in bicicletta, lungo la strada si sentì chiamare da un amico; frenò e si fermò improvvisamente mettendo il piede sinistro a terra. Suo fratello, che lo seguiva pure in bicicletta ed a breve distanza, non fece in tempo a frenare e andò a colpirlo violentemente, con la leva del freno rivolta in avanti, contro la regione perineale (ad 1 cm. circa dal margine sinistro dell'orifizio anale), procurandogli una piccola ferita da punta, dalla quale sgorgò molto sangue. Si deterse localmente la lesione con acqua bollita, poi la disinfettò con alcool; cambiò i calzoni, intrisi di sangue, con un altro paio che gli procurò il suo amico, e ritornò a casa.

Il giorno successivo il P. potè montare ancora e senza disturbi la sua bicicletta; in terza giornata la ferita si chiuse. Dopo una settimana cominciò ad avvertire senso di stiramento e di peso al basso ventre: attribuendo tali fatti a disordini dietetici pensò di purgarsi con l'olio di ricino. I disturbi però non desistettero, anzi, nei giorni seguenti, andarono accentuandosi; comparve pollachiuria, malessere generale; non ematuria, non febbre. Si decise a chiamare il medico il quale notò, nella regione sovrapubica, una tumefazione, dolente alla pressione, non fluttuante, di consistenza duro-elastica, bernoccoluta. Il sanitario praticò anche un cateterismo evacuativo ottenendo solo pochi cmc. di urina pressochè normale.

Tre giorni prima fu trasportato in un ospedale ove venne eseguito l'esame cistoscopico, in base al quale il chirurgo formulò la diagnosi di sarcoma della vescica con conseguente prognosi infausta a breve scadenza; e rimandò l'ammalato come inoperabile.

Aggravandosi sempre più la sintomatologia, si decide pel ricovero in questo Ospedale (8 luglio 1928).

Esame obbiettivo. — Individuo di costituzione scheletrica regolare, di statura media; nutrizione generale discreta; colore della cute bruno-pallido. Nulla di notevole all'esame degli apparecchi respiratorio e circolatorio e del sistema nervoso.

(1) Comunicazione fatta nella seduta del 15 dicembre 1929 della Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Assenza di temperatura. Polso regolare, ritmico un po' frequente.

All'*ispezione* notasi nella regione addominale e, segnatamente circoscritta alla regione ipogastrica, una tumefazione, rotondeggiante, sovrastante il piano normale addominale di alcuni centimetri colla maggiore rilevatezza all'unione del 3° inf. col 3° medio della linea pubo-ombelicale. La massa ha contorni sfumati che si perdono verso le fosse iliache a circa due dita trasverse di distanza dalle spine iliache anteriori-superiori. Verso il pube il confine si confonde colla sinfisi.

Alla *palpazione* la detta tumefazione presenta una consistenza piuttosto dura, ma elastica. In alto essa giunge a due dita trasverse al disotto della cicatrice ombelicale; lateralmente sembra addossarsi alle fosse iliache.

Alla *percussione* si ottiene risonanza ottusa su tutto l'àmbito della massa suddetta che sembra però circondata ai lati ed in alto dalle anse intestinali per la risonanza timpanitica che si avverte nei suoi contorni.

Il *cateterismo uretrale* fatto con siringa metallica è assai malagevole e doloroso; lo strumento urta evidentemente contro una resistenza che limita l'ampiezza della vescica, dalla quale non si estraggono che pochissime gocce di urina torbida e fetida.

Il *riscontro rettale* fa sentire anteriormente e ai lati una massa estesa, occupante tutto il cavo del Douglas, i cui confini debbono spingersi e confondersi in alto e anteriormente colla sede occupata normalmente dalla vescica ricacciata a ridosso della sinfisi pubica.

Pervenuti nel convincimento che la massa suddescritta dovesse attribuirsi ad una raccolta probabilmente ematica da potersi porre in relazione col trauma subìto dal P. 20 giorni prima, e pur urgendo agire per i disturbi vescicali (ischiuria, pollachiuria, cistite) che tormentavano notevolmente il malato, praticammo una puntura esplorativa nel punto di maggior rilievo della tumefazione e cioè a tre dita dal margine super. della sinfisi sulla linea mediana. Estraemmo una siringa piena di pus denso ematico.

Atto operativo (8 luglio, ore 16). — Per tanto ci decidemmo ad un immediato intervento che praticammo in anestesia locale novocainica. Un'incisione a strati, prolungata in alto per 10 cm., ci fece facilmente cadere sulla raccolta da cui spontaneamente, per la forte tensione, uscirono 500 cmc. circa di pus; il resto fu rimosso con striscie sterilizzate di garza con le quali furono asportati molti coaguli di sangue, fra cui scoprimmo, con nostra sorpresa, un dischetto di stoffa grigiastra di forma grossolanamente quadrata, larga circa 1 1/2 cm. Evidentemente essa rappresentava il corpo estraneo che la leva puntuta del freno, con la quale venne ferito al perineo il nostro P., aveva trascinato, spingendolo nel cavo del Douglas.

Decorso post-operatorio. — Alle successive medicature, che rinnovammo giornalmente per una settimana, poi più di rado, acquistammo la cognizione che la sacca formatasi dal cavo del Douglas fino alla regione ipogastrica fosse di un'ampiezza non certo inferiore alla testa di un feto a termine.

L'andamento post-operatorio fu ideale; la cavità suppurante andò adagio adagio riducendosi, talchè non fu necessario, come avemmo motivo di pensare in un primo tempo, praticare una contro-apertura perineale. Non vi furono mai elevazioni termiche all'infuori di qualche rialzo che non superò i 38°, e per breve ora, nei giorni 29, 30 luglio e 1° agosto.

Fu dimesso il giorno 11 agosto con semplice medicatura a piatto, e potemmo poi constatare che la chiusura della ferita si ottenne dopo circa un mese.

Riveduto l'ammalato il 7 novembre (circa 3 mesi dopo) lo trovammo perfettamente guarito con funzioni vescicali e intestinali normali.

RICORDI ANATOMICI E CONSIDERAZIONI.

Se, in un soggetto messo nella posizione del taglio della pietra, si considera una sezione frontale del perineo posteriore, parallela alla linea che congiunge le due tuberosità ischiatiche (linea corrispondente all'asse minore della losanga perineale e che divide la porzione anteriore del perineo od uro-genitale da quella posteriore od ano-rettale), passante per il retto e che arrivi al peritoneo pelvico, troveremo le seguenti formazioni anatomiche: cute, cellulare sottocutaneo, fossa ischio-rettale, muscolo elevatore dell'ano, spazio pelvi-sottoperitoneale e peritoneo.

In riferimento a questi dati topografici, noi pensiamo che il corpo estraneo, spinto attraverso la ferita esterna dalla punta del freno, sia passato per la fossa ischio-rettale, e, perforando l'elevatore dell'ano, sia giunto nel cavo del Douglas dopo aver oltrepassato lo spazio pelvi-sottoperitoneale.

Tale evenienza si verificò in primo tempo e fu facilitata, a nostro avviso, dalla posizione stessa del paziente, dalla natura dell'agente vulnerante e dalla violenza del trauma.

Infatti, se il corpo estraneo non fosse giunto in primo tempo nella cavità peritoneale, si sarebbe fermato o nella fossa ischio-rettale o nello spazio pelvi-sottoperitoneale. Nell'un caso o nell'altro avremmo avuta la formazione di ascessi di tali spazi, che si sarebbero aperta una via (come succede il più spesso) verso il retto, oppure esternamente verso il perineo posteriore (nel primo caso) o avrebbero dovuto propagarsi all'indietro della natica attraverso l'apertura ischiatica o estendersi, ma assai raramente, verso la fossa iliaca e lo spazio del Retzius, come può avvenire per i flemmoni dello spazio pelvi-rettale superiore.

Queste eventualità non si verificarono nel nostro caso; non solo, ma la ferita esterna si chiuse in terza giornata.

Nel cavo del Douglas quindi si formò primitivamente l'ascesso; caso clinico molto raro giacchè non mi fu dato di trovarne citato nella letteratura uno simile.

Non dei più comuni ritengo anche il quadro sintomatologico in rapporto all'inizio e al decorso del processo infiammatorio.

Infatti, stabilitasi una peritonite settica, che, per la rapida produzione di essudati plastici, rimase circoscritta al polo inferiore dell'ovoide addominale (pelvi-peritonite), l'inizio della malattia avrebbe dovuto essere acuto con sindrome addominale più o meno grave: vomito, brividi, febbre, meteorismo; nel nostro caso invece nulla di tutto questo, solamente senso di stiramento e peso al basso ventre.

L'inizio fu addirittura subdolo e lento.

La mancanza della febbre poi potè far deviare alcun poco dall'esatto giudizio, tanto che un sanitario, per questo dato obbiettivo negativo e di fronte alla grave fenomenologia vescicale, dopo aver praticato un esame cistoscopico, formulò la diagnosi di tumore della vescica a rapidissimo sviluppo.

Noi credemmo un po' azzardato tale asserto e piuttosto orientammo la nostra attenzione, in riferimento anche al trauma perineale subìto, verso una raccolta del cavo del Douglas.

Dal reperto operativo poi potemmo arguire come in questa raccolta, che si mostrò in parte ematica, la presenza del corpo estraneo, contenente i germi piogeni comuni, abbia dato luogo alla formazione lenta di una suppurazione che, aumentando di volume, sia andata occupando, adagio adagio, confini anatomici più estesi, tanto da assumere il quadro clinico di una pelvi-peritonite circoscritta.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di ascesso del cavo del Douglas, sviluppatosi in seguito a ferita perineale, prodotta dalla leva puntuta del freno di una bicicletta. Mette in rilievo la rarità del caso e fa alcune considerazioni riguardanti la sintomatologia e il decorso del processo infiammatorio.

Gennaio, 1930.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

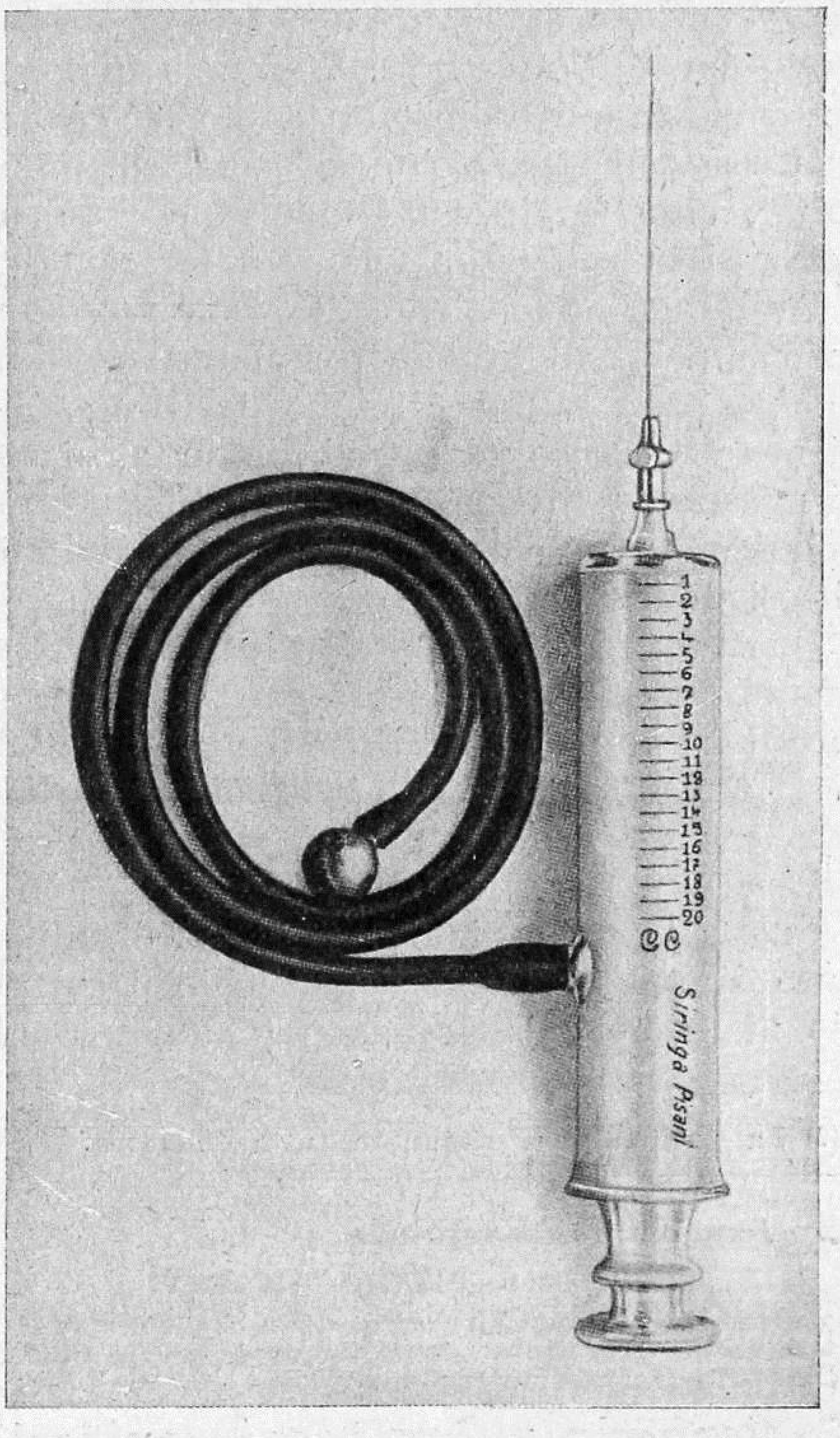
OSPEDALE CIVILE DI PRATO TOSCANO.

La " Siringa-Aspiratore ".

Dott. SANTE PISANI, direttore e primario medico, doc. di Clinica medica nella R. Università di Firenze.

Da alcuni anni adopero in Ospedale un aspiratore pleurico molto semplice ed economico.

Siccome è anche pratico e sicuro, penso di aver fatto cosa utile permettendone la fabbricazione per uso di quei colleghi che non amano gli apparecchi complicati e costosi e che nel fare la toracentesi preferiscono il deflusso libero anzichè la aspirazione mediante il vuoto.



Il mio aspiratore si riduce ad una comune siringa da 20 cmc. alla quale è applicata una piccola branca laterale munita di un piccolo tubo di gomma che porta al suo estremo libero una pallina di metallo forata in più punti.

L'uso della « Siringa-Aspiratore » è di una estrema semplicità.

Praticata la disinfezione dell'apparecchio (1) si procede alla puntura esplorativa.

(1) E' preferibile l'ebollizione. Non si deve mai disinfettare l'apparecchio con alcool o con soluzioni che coagulando il liquido pleurico potrebbero otturare la via di scarico.

Constatata la presenza di liquido citrino si immerge la pallina in un recipiente che contenga alcuni cmc. di soluzione leggermente disinfettante (*ma non coagulante*), e si aspira lentamente il liquido fino a che lo stantuffo abbia sorpassato l'imbocco della piccola branca laterale della siringa.

Da questo momento, sospesa ogni manovra aspirativa manuale, e *mantenuto ben fisso lo stantuffo*, l'aspiratore entra automaticamente in funzione: il liquido pleurico comincia cioè a defluire nel sottostante recipiente con velocità uniforme e tanto più facilmente quanto più verticale starà il tubo di gomma (2) e quanto più in basso starà il recipiente di raccolta.

Con un ago da siero (cono 5/6) ed un tubo di 60 cm. di lunghezza e 3 mm. di lume, defluiscono in un recipiente tenuto 50 cm. più in basso dell'apparecchio, 200 cmc. di liquido in 5', cosicchè in un tempo sufficentemente breve si può eseguire una vera toracentesi.

Se durante la toracentesi si vuole raccogliere un campione di liquido per analisi *fisico-chimiche*, basta estrarre il tubo dal primo recipiente di scarico ed introdurlo in altro recipiente adatto: il liquido pleurico continuerà a defluirvi con uguale facilità e nel quantitativo che si desidera.

Qualora poi a toracentesi ultimata si voglia procedere alla *autosieroterapia* si può utilizzare il liquido rimasto nella siringa, stante che vi si è mantenuto sterile, di continuo rinnovato e nella giusta quantità richiesta per la *Gilbert*.

Queste le poche delucidazioni che facilitano l'uso di questo piccolo apparecchio il cui pregio maggiore è la grande praticità.

---

(2) La pallina deve rimanere tutta immersa.

COMMENTI.

Sulla tecnica dell'appendicectomia.

Illustrissimo Signor Direttore
del Giornale *Il Policlinico*.

Leggo nel n. 12, Sez. Pratica della Sua pregiata Rivista, la nota « Sulla tecnica dell'appendicectomia » del dott. Giovanni Rocca, aiuto onorario nell'Ospedale Celesia di Genova-Rivarolo.

Giustamente egli osserva che il momento più delicato dell'intervento è rappresentato dall'amputazione del verme e dal trattamento del moncone residuo e che la possibilità di un'infezione sia ridotta al minimo od anche annullata mediante l'accorgimento tecnico dal Collega proposto di « porre il filo della sutura circolare affondante a borsa di tabacco prima di procedere alla termosezione dell'appendice ».

Da oltre dieci anni, abbandonato il metodo di infossamento del moncone appendicolare a punti staccati, mi sono attenuto all'infossamento del moncone dell'appendice, mediante un filo di sutura circolare applicato sul cieco prima di resecare il verme; ed in circa trecento casi di appendicite a freddo, con questo metodo ho sempre ottenuto decorsi ideali e guarigioni di prima intenzione. Dirò anzi che il più delle volte pratico la sezione dell'appendice, anzichè col termocauterio, col bisturì e precisamente nel modo seguente: isolata l'appendice previa legatura e sezione del meso, e legatala alla base, la recido col bisturi rasente al bordo inferiore di una pinza a forcipressura applicata pochi millimetri al disopra del laccio, tocco il moncone con tintura di jodio e l'affondo nella borsa di tabacco già preparata. Certo, come ben dice il dott. Rocca, non è consigliabile questa tecnica in quei casi nei quali il pericolo della sepsi è rappresentato maggiormente dalla presenza di un'appendice che non dal moncone resecato: quindi è da usarsi nelle appendiciti a freddo.

Non voglio vantare una priorità del metodo; ma solo osservo che questo mi sembra così naturale che ritengo che molti altri chirurghi lo adottino, benchè nei trattati di tecnica operativa (almeno in quelli da me conosciuti) si precetti di applicare il filo a sutura circolare dopo resecata l'appendice.

Distintamente La riverisco

Dott. GAETANO MORELLI
Chirurgo dell'Ospedale Civile.
Forlimpopoli, 26 marzo 1930-VIII.

SUNTI E RASSEGNE.

RENI E VIE URINARIE.

Il rene dei vecchi.

(Pasteur-Vallery-Radot e P. Delafontaine. *La Presse Médicale*, 22 febbraio 1930).

Gli AA. hanno creduto utile occuparsi di questo argomento, al lume dei nuovi processi d'esplorazione della funzione del rene, approfittando del vasto materiale offerto loro dai ricoverati dell'Ospizio di Bicêtre.

Nei vecchi esistono quasi costantemente dei disturbi della funzione renale e sono tanto più frequenti ed accentuati quanto più l'età è avanzata.

Il rene senile però non deve essere considerato isolatamente, ma bensì come un elemento di un insieme di disturbi intimamente fra loro legati.

Qualche volta i disturbi renali sono molto accentuati: si tratta di una nefrite vera e propria, capace di dar luogo a quadri clinici complessi dominati ora dall'azotemia, ora da una sindrome cardio-renale.

Molto frequenti sono le azotemie iniziali oscillanti cioè tra gr. 0,50 e 1. Per lo più sono latenti e quasi stabili; non sono per niente influenzate dal regime alimentare.

Le azotemie al di sopra di un grammo sono piuttosto rare e la loro sintomatologia è frusta. I segni più importanti sono la sonnolenza, il torpore; di rado si nota la cefalea, il delirio ecc. La prognosi è grave: la morte sopraggiunge entro un anno in genere dallo stabilirsi della azotemia, ed avviene in stato di coma progressivo ma incompleto (subcoma).

Le grandi azotemie sono eccezionali nei vecchi.

L'ipertensione arteriosa è frequente ma non costante e non ha l'importanza che questo sintoma ha negli adulti. Si tratta in genere di ipertensione lieve, latente e ben sopportata.

Ancora poco chiari sono i rapporti tra nefrite cronica ed ipertensione arteriosa. Interessante è il fatto che mentre i risultati del dosaggio dell'urea sanguigna sono simili nei vecchi ipertesi e in quelli con pressione normale non così si può dire per le altre prove che danno invece una maggior proporzione di cattivi risultati negli ipertesi.

Gli edemi degli arti inferiori sono molto frequenti nei vecchi ma difficile assai ne è la interpretazione perchè possono derivare da cause assai diverse.

Gli AA. non sono mai riusciti a dimostrare in modo certo nei loro vecchi l'origine renale degli edemi. Si trattava sempre di edemi cardiaci o di edemi cardio-renali nei quali era difficile apprezzare il ruolo del rene.

Connessa a questo problema è la quistione circa il posto che si debba assegnare alla nefrite cronica nella etiologia degli accidenti di insufficienza cardiaca dei vecchi.

Gli AA. a traverso le loro accurate ricerche sono giunti alla conclusione che nè i dati clinici, nè quelli funzionali, e neppure quelli anatomici permettono di individuare nei vecchi un tipo di asistolia direttamente legata alle lesioni renali. È più logico ammettere che delle alterazioni si producano parallelamente nel cuore, nelle arterie e nei reni e che scambievolmente si influenzino.

Dal punto di vista clinico i disturbi cardiaci hanno il predominio su quelli renali. Alla base di queste sindromi complesse sta la terapia tonico-cardiaca.

Gli AA. hanno fatto l'esame anatomico dei reni di 42 vecchi. Questi reni erano per lo più modicamente atrofici. La capsula era ispessita e aderente. L'aspetto dei reni era variabile. La superficie talora era finamente granulosa, talora presentava bozzellature irregolari, delimitate qualche volta da solchi cicatriziali. Il colore variava dal rosso bruno al rosso lilla.

Alla sezione, l'atrofia della corticale era frequente, con scomparsa delle striature.

Le lesioni ateromatose delle aa. renali apprezzabili macroscopicamente erano incostanti.

Queste lesioni che corrispondono alle descrizioni classiche del rene senile dimostrano che macroscopicamente il rene dei vecchi è analogo nella maggiar parte dei casi a quello della nefrite sclerosa, detta interstiziale.

Dal punto di vista dell'esame istologico è importante il fatto che l'aspetto varia da una sezione a l'altra e anche nei vari punti di una stessa sezione.

Le lesioni dei glomeruli sono frequentissime. Il più spesso essi hanno subita una trasformazione ialina più o meno completa. Altre volte si trovano dei glomeruli fibrosi.

Quasi uguale è la frequenza delle lesioni arteriose: le differenti tuniche arteriose possono essere prese e si riscontrano tutti i gradi della endoperiarterite.

I tubuli appaiono ora dilatati, ora collabiti, strozzati dalla sclerosi. Il loro lume è spesso occupato da cilindri.

Ma la lesione più comune nel rene senile è la sclerosi interstiziale. Molto varia è però la sua importanza e la sua topografia. Talora è diffusa e uniforme, talaltra irregolarmente disposta a isolotti o travate. La sclerosi interstiziale non è limitata alla corticale ma invade anche la midollare.

In un terzo dei casi gli AA. hanno riscontrato la presenza di focolai di infiltrazione di cellule linfoidi irregolarmente disseminati.

Non sempre vi è concordanza tra aspetto macroscopico e lesioni istologiche. In reni atrofici e granulosi, il microscopio mostra

sempre lesioni intense che però possono anche riscontrarsi sui reni macroscopicamente poco alterati.

Gli AA. hanno paragonato i risultati anatomici con quelli forniti dalle esplorazioni funzionali. Hanno trovato netta concordanza nei casi estremi solamente.

Negli altri casi è stato impossibile formulare conclusioni. Tuttalpiù è rimarchevole il fatto che lesioni importanti possono esistere in soggetti portatori di disturbi funzionali moderati. VICENTINI.

Calcoli renali e reni calcolosi.

(M. MARTENS. *Mediz. Klinik*, n. 1, 1930).

L'A. comincia col ricordare che non si è ancora riusciti ad ottenere il disfacimento dei calcoli renali in situ e intra-vitam con cure mediche o con mezzi chimici; è solo possibile, fino ad un certo punto, di impedire che essi si riformino, una volta che spontaneamente o per l'intervento del chirurgo essi si siano allontanati; se la profilassi medica delle recidive è assai problematica, bisogna però ammettere che le recidive stesse sono assai rare quando l'operazione è stata completa e quando dopo l'operazione il paziente ha seguitato a curarsi.

Il 12 % dei calcoli sono eliminati spontaneamente per le vie naturali; tale eliminazione può essere favorita dalla somministrazione di glicerina, papaverina, atropina, dalla dilatazione degli ureteri; risalire con speciali istrumenti sino al rene per tentare l'estrazione dei calcoli è cosa estremamente pericolosa, molte volte si è dovuto operare d'urgenza per estrarre calcolo ed istrumento; non è il chirurgo che prende il calcolo, ma il calcolo il chirurgo (Volker). Non sempre del resto l'eliminazione del calcolo porta alla guarigione.

L'incuneamento del calcolo nell'uretere è pieno di pericoli: anuria, stasi, infezione.

L'A. riferisce il caso di un uomo di 40 anni che aveva da un anno una urina assai torbida la quale si fece improvvisamente per qualche giorno assai densa, poi del tutto chiara; contemporaneamente comparvero febbri elevatissime, precedute da brivido; dolore alla regione lombare sinistra. La nefrotomia, praticata appena dopo l'ingresso in Clinica, e precisamente 7 giorni dopo l'inizio di questi sintomi, non valse ad evitare la morte: all'autopsia si trovò un grossissimo calcolo che ostruiva l'uretere che era al disopra dilatato e pieno di pus: la pionefrosi si era diffusa al peritoneo. Una asportazione del calcolo fatta in tempo avrebbe salvato reni e vita del paziente, l'asportazione del rene avrebbe salvato la vita.

Anche piccoli calcoli possono determinare l'anuria; dopo un tentativo di cura conservativa (cateterismo degli ureteri, anestesia paravertebrale ecc.), che non deve mai sorpassare le 48 ore, si impone l'intervento chirurgico, la nefrotomia cioè dalla parte dove ebbe sede l'ultima colica. Se i calcoli sono troppo grossi anche questo tentativo è da abbandonarsi.

La radiologia ci dà un grande aiuto nel determinare la presenza, il volume e la sede dei calcoli; il pneumoperitoneo e i pneumatogrammi sono da escludere perchè troppo pericolosi.

L'A. cita poi le opinioni di varii clinici circa le indicazioni all'operazione in caso di calcolosi renale; Umber ritiene indispensabile l'intervento quando il calcolo è troppo grande, o si è incuneato nell'uretere, o si hanno emorragie e dolori prolungati, o appaiono i segni di una infezione secondaria o di una pielonefrite; Hirsch consiglia l'operazione nei casi di coliche forti e prolungate, di emorragie imponenti, di coliche con anuria; per Curschmann ogni calcolo può essere fonte di gravi pericoli a chi lo porta, e Kuster consiglia di intervenire in ogni caso sicuro di calcolosi. J. e W. Israel consigliano il metodo conservativo nei casi che decorrono senza infezione delle vie urinarie e in cui i disturbi sono piccoli, e anche nei casi in cui il danno renale è così avanzato che l'operazione non si potrebbe compiere senza grave rischio della persona. Quando i calcoli sono troppo voluminosi e non vanno via spontaneamente, l'indicazione all'intervento è relativa; essa diviene assoluta quando i calcoli hanno sede nell'unico rene funzionante, o bloccano gli ureteri o hanno sede in entrambi i reni o, infine, si accompagnano a infezioni, emorragie gravissime, o ad anuria. Anuria, infezione e stasi sono i tre grandi pericoli che minacciano il calcoloso; e il rene colpito risente sempre danni più o men gravi: infiltrazioni parvicellulari, aumento del connettivo, degenerazione dei glomeruli, collasso dei canalicoli, loro scomparsa o dilatazione, idronefrosi, pionefrosi; tutte queste alterazioni costituiscono il « rene calcoloso ».

L'A. ritiene che in ogni caso di calcolosi si debba intervenire con la pielotomia per allontanare i calcoli prima che essi sacrifichino il rene; i pericoli della pielotomia sono trascurabili ed essa rimane l'operazione di scelta, restando la nefrotomia parziale riservata ai calcoli dei calici o del parenchima e l'asportazione del rene ai calcoli coralliformi e alle pionefrosi con ascessi renali.

Quando entrambi i reni sono gravemente colpiti o quando la calcolosi ha sede nell'unico rene funzionante, la prognosi è naturalmente assai grave; anche l'operazione è impossibile o per lo meno pericolosissima.

L'A. conclude che i calcoli debbono essere tolti prima che essi abbiano prodotto dei danni irreparabili, cioè prima che dalla calcolosi renale si sia formato il « rene calcoloso ».

Tolto il calcolo, se ne determinerà la struttura chimica e si consiglierà una cura medica in conseguenza.

V. SERRA.

Il sintoma dolore nella litiasi reno-ureterale.

(BRIGOTTE. *Le Scalpel*, n. 34, agosto 1929).

Sarebbe un errore ritenere che qualunque litiasi renale sia dolorosa, come pure che ogni colica renale sia esclusivamente causata da litiasi renale o uretero-renale.

Qualunque prodotto di secrezione un po' indurito (pus, sangue coagulato, fibrina), qualunque tessuto desquamato e mobilizzato, che si trovi nell'urina riproducendo lo stampo ureterale (cellule del bacinetto e dell'uretere, frammenti di neoplasma, o di papilloma, idatidi) se ostruisce l'uretere provocherà la sindrome della colica nefritica.

Questa sarebbe il risultato costante se non unico di una ipertensione del rene e del bacinetto, provocata da una ostruzione ureterale o da uno spasmo ureterale. Questa occlusione termina in ultima analisi ad una ipertensione del tessuto renale ed è questa messa in tensione che è la causa dei grandi dolori renali.

I calcoli più voluminosi, cioè meno spostabili, sarebbero i meno dolorosi. La colica renale avrebbe secondo alcuni un valore prognostico favorevole in quanto che permetterebbe di sperare in una guarigione senza intervento chirurgico, per eliminazione spontanea del calcolo.

Ma quando si ripete a lungo andare, prepara la via alla infezione, all'uropionefrosi ed è di prognosi poco favorevole.

Le coliche ripetute non seguite da espulsione di calcoli devono essere sempre sospette. Occorre indagare bene con la radiografia, che si deve estendere a tutto l'apparato urinario.

Il dolore può essere di intensità assai varia, da un semplice malessere a quella di una violenza estrema; è raramente continuo, sebbene, in qualche caso eccezionale, si sia protratto per anni.

È per lo più a crisi intermittenti che si accentuano nei movimenti, deambulazione, viaggi, ecc.

Si hanno spesso irradiazioni dolorose che corrisponderebbero al decorso dei nervi addomino-genitali, plesso periureterale, genito-crurale, e femoro-cutaneo. Le zone dolorose renali (Head) corrisponderebbero al decimo, undicesimo e dodicesimo segmento midollare dorsale.

È bene ricordare che non ci si deve lasciare deviare dal fatto che talora durante la palpazione bimanuale, il paziente accusa all'improvviso un dolore dal lato opposto.

Oltre ai punti dolorosi classici (costo-muscolare, costo-vertebrale, ureterale superiore, medio e inferiore), ricordarsi il *sottocostale* alla estremità anteriore della X costa, raro e di poco valore; il *paraombelicale*, due dita al di fuori dell'ombelico, ove con la pressione si determina un dolore che scende alla vescica (riflesso pielo-vescicale di Bazy) che indicherebbe lesione del bacinetto; il punto *sotto-intraspinoso di Pasteau* che dà dolore circondando la spina iliaca anteriore superiore come se si volesse uncinarla, e che indicherebbe alterazione del rene; ed infine il *punto inguinale* all'ingresso del canale omonimo.

Non si deve dimenticare che gli stessi dolori con le stesse irradiazioni si possono avere nelle ipertensioni renali dell'idro e uropionefrosi, che vi sono delle nefriti dolorose, delle uronefrosi non calcolose..., delle forme di atassie e di pretabi con dolori ad irradiazioni lombo addominali. Il dolore non deve mai da solo essere sufficiente a por la diagnosi di litiasi reno ureterale.

L. TONELLI.

SIFILOGRAFIA.

Sifilide senza ulcera primaria.

(F. MOREL. *Paris Médical*, 28 dic. 1929).

« L'esordio obbligato della sifilide acquisita, è l'ulcera primaria ».

Contro tale dogma si sono levati recentemente alcuni autori colpiti dal grande numero di sifilidi manifestatesi tardivamente con fenomeni secondari, terziani o quaternari. Tali studiosi ammettono la possibilità della assenza reale dell'ulcera primaria e onde spiegare ciò hanno emesso due ipotesi: sia la penetrazione dell'agente infettivo nelle vie linfatiche e di là nel ganglio tributario; sia una inoculazione sanguigna primitiva.

Ma nessuna dimostrazione sperimentale è possibile in appoggio alla prima ipotesi e le numerose osservazioni cliniche riportate sono pochissimo probative.

Deve perciò essere presa in considerazione la seconda ipotesi e battezzare per sifilide senza ulcera primaria, quella che deriva da una inoculazione sanguigna primitiva del treponema e che si manifesta subito con accidenti secondari.

L'A. passa anzitutto in rassegna gli argomenti forniti dagli esperimenti in favore della esistenza della sifilide endovenosa d'emblée.

È necessario anzitutto dimostrare che l'inoculazione endovenosa del virus sifilitico è realizzabile e per ciò provare la contagiosità del sangue dei luetici.

Ora questa inoculazione è stata effettivamente realizzata tanto nell'uomo che negli animali (cavallo, coniglio), nel cui sangue circolante si ritrovarono i treponemi come risultato positivo delle inoculazioni stesse.

Ma l'argomento più bello in appoggio alla tesi dell'A. viene fornito dallo studio della trasmissione dell'eredità sifilitica.

Tutti sono d'accordo nell'ammettere l'assenza dell'ulcera primaria nella eredo-lues, le cui manifestazioni prime hanno valore di secondarie o terziarie a seconda del momento della loro comparsa.

Gli antichi sifilografi ritenevano che fosse lo sperma paterno il vettore del treponema: ora se ciò è stato provato dalle ricerche microscopiche e sperimentali, non vuol dire che il treponema esista nello spermatozoo, la cui testa è quattro volte più piccola del treponema stesso. E d'altra parte è poco probabile che, penetrato comunque il treponema nell'uovo, la sua presenza sia compatibile con lo sviluppo dell'ovulo.

Di qui la conclusione che il padre trasmette la malattia al figlio, infettando in precedenza la madre. Questa ha, durante la gravidanza, col feto solo rapporti circolatori per mezzo dei vasi placentari, a traverso i quali avviene il passaggio del treponema dalla madre al feto, cioè per via endovenosa d'emblée. Ed infatti si può seguire il cammino dei treponemi dall'organismo materno fino a quello del feto, nella placenta, nel cordone ombellicale, nel sangue circolante, nel fegato e nelle glandole in generale.

I casi clinici che parlano in favore della sifilide senza ulcera primaria sono una quindicina: in tutti fu ritrovata sicuramente la porta d'ingresso della infezione. Si tratta di ferite accidentali in medici o chirurgi nel corso di interventi su soggetti sifilitici, oppure di iniezioni terapeutiche settiche fatte con aghi carichi di prodotti virulenti.

In tutti i casi è manifesta l'inoculazione sanguigna: specialmente in quelli nei quali i treponemi furono lanciati direttamente nel torrente circolatorio per via endovenosa in occasione di una trasfusione.

È probabile quindi che a fianco di questi casi accidentali, ne esistano altri, più numerosi, nei quali l'infezione è stata realizzata con un processo analogo, quello ad es. delle punture di insetti.

E non è impossibile che il treponema, portato dallo sperma, penetri direttamente per via sanguigna a livello della mucosa uterina cruentata in occasione del periodo mestruale o nel post-partum o post-abortum.

Due sintomi sono importanti tra quelli riscontrati nelle osservazioni pubblicate di sifilide intravenosa d'emblée e cioè: il fatto che le prime manifestazioni segnalate furono sempre la roseola sifilitica, le placche mucose e tutto il corteo abituale dei sintomi secondari; la notevole brevità del periodo di incubazione.

La diagnosi positiva di sifilide endovenosa d'emblée deve riposare su di una triplice base: le condizioni precise di inoculazione rivelate dall'anamnesi; l'assenza certa di ogni fenomeno primario (ulcera o adenopatia satellite); la comparsa precoce degli accidenti secondari.

Riguardo alla prognosi si noterà che, essendo l'infezione subito generalizzata, c'è la possibilità di localizzazioni viscerali gravi e sopratutto nervose, con le più gravi conseguenze per l'individuo, la famiglia, la società.

L'A. cerca infine di interpretare il meccanismo patogenetico della sifilide senza ulcera primaria.

Da molti fatti si è portati a credere che l'ulcera primaria non corrisponda all'inizio reale della malattia, ma sia l'espressione di una reazione dell'organismo, messo in stato di allergia dal passaggio molto precoce di alcuni treponemi nel sangue.

Se i treponemi invece penetrano direttamente nella circolazione e vanno a localizzarsi negli organi emopoietici e linfatici, la pelle non è interessata affatto e viene perciò a mancare l'ulcera primaria, reazione allergica. Così pure il periodo antiallergico è soppresso, e viene perciò notevolmente raccorciato il periodo di incubazione nel suo insieme. VICENTINI.

Su di una manifestazione muscolo-tendinea della sifilide: le contratture sifilitiche. La contrattura sifilitica dei gemelli.

(FAVRE. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 20 maggio 1929).

Fournier ha descritto minutamente la contrattura sifilitica del bicipite brachiale: il malato è colpito, senza prodromi, da contrattura del bicipite, cioè presenta l'avambraccio flesso sul braccio e non può estenderlo a causa del dolore che si provoca nel tentativo; non riesce nemmeno l'estensione passiva forzata. Il tendine del bicipite appare teso come una corda, il che è in contrasto col muscolo che è flaccido, inoltre la flessione dell'avambraccio forma per lo più un angolo ottuso, raramente un angolo retto, tutti gli altri muscoli dell'arto sono in condizioni normali; l'immobilità assoluta non provoca dolore se si escludono le sensazioni di crampo sordo, sensazioni che si acutizzano fino all'angoscia quando si vuol praticare l'estensione forzata e si localizzano alla piega del gomito lungo il decorso del tendine e più vicino all'inserzione muscolare che a quella sul radio. Tutti i tessuti circostanti, pelle, sottocutaneo, ossa, articolazioni, nervi, tendini, sono integri.

L'inizio è brusco, il dolore di intensità variabile. Nelle forme più lievi il dolore si manifesta improvvisamente arrestando il movimento di estrema estensione dell'avambraccio sul braccio. Secondo Fournier è una manifestazione del periodo secondario; però Favre ne ha osservato qualche caso parecchi anni dopo l'incidente primario.

Secondo Fournier è rarissimo riscontrare lo stesso fenomeno in altri muscoli, flessori delle dita, muscoli del polpaccio, flessori della gamba sulla coscia, masseteri, ecc., nel periodo secondario; egli non sa come spiegare questa affinità per il bicipite ma ritiene che sia così specificamente un accidente sifilitico che basta esso solo a denunziare la presenza di una lues anche se mancano dati anamnestici o altre manifestazioni.

Favre ritiene però che la contrattura sifilitica non sia privilegio esclusivo del bicipite brachiale e riferisce un caso. Si trattava di un uomo di 31 anni, che da quindici giorni soffriva di dolori ai polpacci specialmente nella deambulazione e nella stazione eretta tanto da dover rimanere in letto; egli aveva anche febbre modica. In riposo si notava un'estensione esagerata dei piedi e null'altro. Nell'anamnesi c'era (sette anni prima) un'ulcera unica dei genitali ritenuta molle e non seguita da fenomeni secondari.

Prima dell'inizio della sindrome il p. aveva avuto saltuariamente cefalea notturna. I dolori ai polpacci comparivano colla deambulazione (specialmente nel momento di sollevare il tallone) e nella stazione eretta. In riposo avvertiva un dolore localizzato alla faccia posteriore della gamba, sulla linea mediana, in corrispondenza dell'inserzione dei gemelli sul tendine di Achille. In riposo, opponendosi all'estensione del piede dopo averlo messo ad angolo retto colla gamba si provocava dolore come quando il malato solleva il tallone per camminare. Il dolore aveva sede ai polpacci ed era accompagnato da contrazioni fibrillari visibili dei muscoli della loggia antero-esterna della gamba. I muscoli gemelli apparivano non contratti. Il paziente presentava delle macule luetiche sulla cute del braccio destro. La Wassermann fu positiva completa. Trattato con sciroppo di Gibert e neosalvarsan i fenomeni dolorosi sono notevolmente ridotti e la febbre è scomparsa fin dall'inizio della cura; a cura finita ogni manifestazione morbosa era assente.

L'A. osserva che la parola contrattura fu usata per questo caso solo per uniformarsi all'uso corrente, ma che una vera contrattura non esiste, ma si tratta di una lesione che colpisce il muscolo in vicinanza dell'inserzione tendinea e che si pone in evidenza nel momento in cui si mette in tensione l'apparato neuromuscolare. Inoltre è una lesione importante a diagnosticarsi non tanto per sè stessa quanto per la malattia generale che ne è la causa e che essa rivela. R. LUSENA.

TERAPIA.

La terapia endovenosa.

(N. M. KEITH. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 16 nov. 1929).

La terapia endovenosa può essere usata per quattro scopi: 1) introdurre del sangue o comunque del liquido in circolo; 2) combattere la disidratazione dei tessuti; 3) provocare la disidratazione; 4) come chemoterapia.

INDICAZIONI PER LA TRASFUSIONE.

Emorragia acuta e « shock » chirurgico. La pratica della trasfusione di sangue si è diffusa specialmente durante la guerra, in cui l'emorragia e lo « shock » chirurgico si presentavano spesso come problemi gravi. È bensì vero che Bazett ed altri hanno dimostrato che la riduzione della quantità di emoglobina al 40 % è ancora compatibile con la vita e sufficiente per mantenere le ossidazioni di un individuo che sta in letto. Ma è certo che se la perdita di sangue è eccessiva, oppure quando, oltre all'emorragia vi è un trauma grave, si hanno le condizioni di « shock », caratterizzato dalla incapacità dei processi normali di ridare rapidamente del liquido al sistema vascolare. In questi casi, l'introduzione di sangue o di siero appare come il procedimento terapeutico più razionale che, di fatto, in molte circostanze ha portato alla guarigione. Così pure, la trasfusione fatta precocemente può salvare la vita in altre condizioni, come nell'emorragia acuta e nello « shock » da cause diverse specialmente durante o dopo il parto o la gravidanza ectopica. Quando la trasfusione è fatta tardivamente nello « shock », da emorragia o da altre cause, rimane per lo più inefficace.

Anemia secondaria, itterizia, alcune infezioni. La trasfusione può essere utile nell'anemia secondaria cronica, è raccomandata dagli otologi nei casi di mastoidite grave, anche se si è già prodotta la trombosi del seno e la setticemia. Lo stillicidio sanguigno che si ha talora durante certe operazioni può essere efficacemente combattuto mediante la trasfusione, specialmente nei pazienti itterici; il sangue così iniettato abbrevia in molti casi il tempo di coagulazione.

Condizioni tossiche, specialmente nella tossiemia grave dei bambini.

LE SOLUZIONI DI GELATINA E DI GOMMA ARABICA.

Si comprende l'importanza di ridare il volume normale del plasma nelle emorragie e nello « shock » chirurgico. L'iniezione di soluzione fisiologica di cloruro di sodio ristabilisce il volume primitivo, ma soltanto temporaneamente, sicchè tale misura risulta, in ultima analisi, inefficace. Invece l'uso di soluzioni di gelatina o, meglio, di gomma arabica al 6 per 100, con o senza l'aggiunta di destrosio (al 18 %) ristabilisce prontamente la pressione, quanto la stessa trasfusione. Bisogna tener presente la possibilità che alcuni tipi di gomma sono tossici, ma non è difficile procurarsi della gomma pura e non tossica. Il modo con cui agisce la gomma ci è ancora ignoto; probabilmente essa aumenta la viscosità e la pressione osmotica del sangue.

LA TERAPIA ENDOVENOSA NELLA DISIDRATAZIONE.

Le condizioni di disidratazione si trovano nel colera, nella dissenteria bacillare, nell'anidremia acuta dei bambini, nei vomiti della gravidanza, nell'ittero da ostruzione con vomito, nell'uremia, nel coma diabetico. In queste condizioni riesce difficile introdurre del liquido

nelle vie digerenti od anche sottocute, mentre l'introduzione per via endovenosa di soluzioni di cloruro di sodio (all'1 %) o di destrosio (al 10 %) o di entrambi può portare rapidi miglioramenti. Si introduce circa un litro, in 25-20 minuti e si può arrivare a 3 litri nelle 24 ore. L'uso della semplice soluzione fisiologica può dare degli edemi, sicchè è consigliabile una soluzione leggermente ipertonica. Se il paziente non può prendere affatto cibo, si possono fornire delle calorie mediante il destrosio; la soluzione di questo (al 20 %) può aumentare l'escrezione urinaria nei casi in cui vi sia oliguria od anuria. In casi di acidosi nel coma diabetico, si userà una soluzione di bicarbonato di sodio al 5 % (500 cmc.).

L'iniezione endovenosa di soluzione di cloruro di sodio può essere utile nei pazienti con glomerulonefrite cronica e con i segni dell'uremia terminale, nei quali può portare un temporaneo miglioramento; e così anche nei pazienti con pielonefrite cronica e con uremia da ostruzione prostatica.

La terapia endovenosa nell'edema.

Risulta da esperimenti dell'A. stesso e di altri che l'iniezione endovenosa di soluzione ipertonica di destrosio, continuata a lungo produce un'eccessiva secrezione di urina; su questo fatto è fondata la terapia endovenosa nell'edema.

L'applicazione è stata fatta specialmente nell'edema cerebrale in cui, se si desidera un'azione rapida, si iniettano 50-100 cmc. di una soluzione di cloruro di sodio al 15-30 %, oppure 100-500 cmc. di una soluzione di destrosio al 20 %. Dowman riporta un risultato favorevole ottenuto con 6 iniezioni endovenose di cloruro di sodio al 30 %, in un paziente con lesioni craniche, che era già in coma. Altri autori hanno ottenuto un miglioramento temporaneo con l'uso di una soluzione di solfato di magnesio all'1 %, in bambini che presentavano sintomi allarmanti di uremia, effetto dovuto, secondo tali autori, alla riduzione dell'edema cerebrale. Però l'uso di tali iniezioni non è ancora stato applicato per l'edema generale o l'ascite.

Il mixedema è stato trattato con successo mediante l'iniezione endovenosa di tiroxina.

La terapia endovenosa e la chemioteràpià. La priorità di Baccelli.

[La terapia endovenosa si è venuta diffondendo moltissimo nel 2°-3° decennio di questo secolo; si potrebbe anche dire che si esagera usando la via delle vene mentre altri modi d'introduzione potrebbero essere ugualmente efficaci. Ma *si dimentica dai più che chi ha introdotto la chemioterapia endovenosa nella pratica è stato Guido Baccelli* che dall'A. nonostante le numerose citazioni (oltre una settantina) con cui documenta il suo articolo non menziona neppure.

Oggi che qualunque medico usa la via endovenosa, questa appare naturale ed agevole, ma la cosa era ben diversa quando Baccelli per primo ne iniziò e ne consigliò l'applicazione. Si era poco prima del 1890 e Baccelli si pose il problema se fosse possibile di ottenere la distruzione del parassita malarico, in modo più pronto e duraturo di quello che si otteneva con le ordinarie vie d'introduzione, portando invece il rimedio in contatto diretto con le emazie. Egli studiò quindi quale fosse la dose minima necessaria, l'ora più opportuna per la somministrazione, le modificazioni che il sangue subiva. Nessuno aveva, fino allora, usato nell'uomo le iniezioni endovenose di chinina. Alcuni avevano studiato l'azione del rimedio su animali, ma Egli si convinse ben presto della nocività delle soluzioni da essi usate, le quali erano acide. La formula di Baccelli era la seguente:

Idroclorato di chinina	g.	1
Cloruro sodico	»	0,075
Acqua distillata	»	10

La soluzione, quando è tiepida, è limpida.

Dopo i primi esperimenti sugli animali, passò all'applicazione nell'uomo, adottando, dopo qualche tentativo, la dose costante di 40-60 centigrammi.

I risultati corrisposero brillantemente, e per l'innocuità assoluta e per l'immancabile effetto terapeutico, se se ne eccettua qualche fenomeno di intossicazione chininica, della durata di pochi secondi. Specialmente nelle perniciose era più manifesto l'effetto del dissiparsi dei sintomi pericolosi.

Ed il Baccelli non si accontentò di ottenere l'effetto clinico, ma volle seguire l'azione del rimedio sul sangue e sui parassiti. Potè così osservare che i malarici curati per questa via presentavano in minor numero le alterazioni globulari. E, dopo la somministrazione di un grammo di chinina per via endovenosa, ne studiò l'azione, osservando il sangue di mezz'ora in mezz'ora. Potè così assodare che, nelle prime sei ore, non si ha nessuna modificazione sensibile nè nel numero nè nella forma, nè nel movimento ameboide dei parassiti; solo appariva, nelle prime 2-3 ore, una maggiore vivacità di movimenti; ma, dopo 24 ore, quasi tutti i parassiti potevano dirsi scomparsi, senza aver potuto segnalare prima una fase di regressione o di morte.

I risultati clinici ottenuti destarono la maraviglia di tutti (è noto a tutti l'aneddoto di Koch) ed indussero il Baccelli ad usare la via endovenosa per altri medicamenti. Usò così il sublimato corrosivo nonostante le fiere opposizioni di clinici consumati, quali p. es. il Nothnagel; l'imponente casuistica favorevole dimostrò che non erano giustificati timori che,

del resto, lo stesso Baccelli aveva dovuto avere prima di incominciare l'applicazione del metodo, come lo dimostrano le numerose esperienze da Lui fatte sugli animali.

A buon dritto, il Baccelli può quindi dirsi il vero fondatore della terapia endovenosa e lo riconobbe anche Virchow, il quale disse che « *ciò che Lister fece per la superficie del corpo, Baccelli ha fatto per la crasi del sangue* ». [N. del red.].

Sull'introduzione della chinina per via endovenosa, l'A. adotta le vedute di Maxcy, ritenendo che essa sia indicata quando non si possa garentire l'assorbimento per via orale, nella forma perniciosa con gravi sintomi gastro-intestinali e nel delirio o nel coma dell'infezione estivo-autunnale. Consiglia la dose di 65 cg. di cloridrato di chinina disciolti in 100 cmc. di soluzione di cloruro di sodio a 0,85 %. Raccomanda di evitare nel modo più assoluto il trapelamento del liquido fuori della vena e di praticare l'iniezione assai lentamente.

Con la chinina, la digitalina e la strofantina sono molto indicate per la terapia endovenosa; certamente occorre stare molto attenti al dosamento perchè il margine di sicurezza fra la dose terapeutica e quella tossica è molto piccolo. Per la strofantina, la dose è di mg. 0,5 ed anche meno; per la digitale (soluzione acquosa, digifolina, digalèn, digitan) è di 6-11 cmc., da ridursi a 2-4 se il paziente ha preso della digitale da pochi giorni.

Il grande slancio alla terapia endovenosa è venuto dietro gli studi di Ehrlich sull'atoxil e sull'arsenobenzol. Abbastanza recentemente, è stata dimostrata l'azione benefica della triparsamide nella neurosifilide e nella demenza paralitica; la quantità totale varia da 48 a 1500 grammi per ogni paziente. Sembra che essa abbia anche azione favorevole nella tripanosomiasi, per cui si consigliano anche, sempre per via endovenosa, il Bayer 215 ed il Fourneau 309.

Altri medicamenti sono stati introdotti per via endovenosa a scopo chemioterapeutico: il violetto di genziana, il mercurocromo 220 solubile (sale disodico della 2:7 — dibromo — 4 — idrossimercurifluoresceina) e l'acriflavina, tutti per la setticemia. Il mercurocromo 220 viene usato alla dose di 5 mg. per kg. di peso dell'individuo, in soluzione all'1 %; spesso ha effetti tossici, quali innalzamento di temperatura, vomiti, diarrea, dopo di che si ha talora miglioramento. Alle stesse dosi si dà l'acriflavina.

In complesso, dunque, la via endovenosa offre al medico la possibilità di agire prontamente ed efficacemente in molti casi difficili ed usata giudiziosamente può essere di grande utilità.

fil.

Il batteriofago per iniezioni endovenose.

(GOSSET. *Bull. Mém. Soc. Nation. de Chir.*, n. 28, p. 1153, 6 nov. 1929).

L'A. osservò un uomo di 26 a. affetto da flemmone diffuso del braccio sin. e della metà sup. dell'antibraccio; anche dopo larghi sbrigliamenti continuando ancora la temperatura alta comparvero un'orchite e funicolite sin., una flebite e periflebite della safena di sin. con formazione di tre ascessi, al triangolo di Scarpa, al canale di Hunter ed al polpaccio. Lo stafilococco isolato dal flemmone al braccio era resistente allo stock batteriofago anti-stafilococcico, mentre quello isolato alla coscia era lisizzato. Applicazioni locali di batteriofago avevano determinato caduta della temperatura temporaneamente. L'emocoltura riuscì negativa.

L'iniezione endovenosa di 5 cmc. di batteriofago lentissimamente (tre quarti d'ora) somministrato in sospensione di 350 cmc. di soluzione fisiologica determinò brivido ed elevazione della temperatura (40°). I fenomeni flogistici lungo la safena scomparvero in 3 giorni, migliorando rapidamente le condizioni generali e locali. JURA.

Setticopioemia da stafilococco trattata e guarita con autobatteriofago per via endovenosa.

(DAVIOND. *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 2 nov. 1929, n. 27, p. 1127).

L'A. illustra un caso di setticemia stafilococcica consecutivo a ferita infetta del calcagno d., in una donna di 45 a. Comparvero in seguito e con successione in un mese e mezzo circa, ascesso della mammella d., flemmone profondo della natica sin., all'avambraccio d., al braccio d., all'epigastrio, alla natica d., al braccio sin., un ascesso perinefritico d., i quali tutti vennero incisi in tempo utile. L'emocoltura ripetuta due volte aveva fatto isolare lo stafilococco piogene aureo. Il trattamento con autovaccino e la somministrazione di autobatteriofago per bocca od applicato localmente non avevano modificato il quadro generale.

L'A. praticò in tali condizioni un'iniezione endovenosa di 50 cmc. di autobatteriofago, diluito in 350 cmc. di soluzione fisiologica, impiegando un'ora e mezza per la somministrazione della dose innanzi cennata. Seguì dopo 1/2 ora brivido intenso ed elevazione termica fino a 39,9, la quale scomparve dopo 3 ore. Nei giorni successivi le condizioni generali della paziente migliorarono rapidamente, regredì e poi guarì un piccolo ascesso che si andava formando sulla parete toracica, la temperatura è gradualmente ritornata al normale, e gli ascessi già incisi ed ancora trattati con semine di batteriofago guarirono.

JURA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. SANARELLI. *Il fattore ereditario nella tubercolosi.* Un vol. in-16° di pag. 194. L'Editrice Romana Medica, Roma, 1930. Rilegato, L. 35.

Notissima è la dottrina sulla eredo-immunità della tubercolosi, formulata dal Sanarelli e, quasi contemporaneamente e su altre basi, dal Calmette.

Dapprima parve disorientante e sollevò critiche e ostilità; si temette che potesse pregiudicare e intralciare la lotta contro la tubercolosi; ma poi è andata inquadrandosi tra le nostre cognizioni e ormai può stimarsi definitivamente ammessa.

La dottrina del Sanarelli, che considera l'immunità verso la tubercolosi come acquisita attraverso infezioni paubacillari e trasmessa ereditariamente, ha fornito una base scientifica e una razionalizzazione alla pratica della vaccino-profilassi, la quale sostituisce l'opera dell'uomo — graduabile, sorvegliabile e resa innocua mediante vaccini uccisi (Maragliano) o attenuati (Calmette) — all'opera cieca della natura, cui sono correlative infinite sofferenze e che importa un enorme dispendio di vite.

Durante gli ultimi anni si è raccolto un materiale ingentissimo che ha rapporto con tale argomento; esso è stato fornito dalla guerra e dal dopoguerra, dalla scoperta della filtrabilità del virus e del suo passaggio transplacentare, dal moltiplicarsi delle vaccinazioni profilattiche, ecc.

Il Sanarelli ha riordinato e svolto tutto questo materiale in un libro interessantissimo, largamente documentato, destinato non solo ai medici, ma anche ai profani colti.

La sua dottrina ne risulta sempre più convalidata e lumeggiata.

L'A. riassume dapprima le vecchie vedute sull'eredo-predisposizione e le nuove concezioni sull'eredo-immunità; poi tratta della tubercolizzazione degli antropoidi, delle collettività chiuse o remote, degli emigranti, dei militari, delle truppe mobilitate per la guerra, con speciale riguardo a quelle di colore, ecc.; espone il meccanismo dell'assuefazione individuale e di razza e dell'auto-epurazione collettiva al virus tubercolare, della trasmissione ereditaria, dell'allergia, dell'anergia; da ultimo riassume le nozioni esposte. Segue una scelta bibliografia.

Questo libro del chiaro igienista di Roma, compenetrato di fecondo ottimismo, merita di essere largamente conosciuto e meditato.

L. V.

A. BRUNI e R. SEGRE. *Reazioni delle cellule all'infezione tubercolare.* Sperling e Kupfer. Milano, 1929, L. 70.

I due Autori si sono prefissi di studiare il problema della difesa istiogena da un punto di vista generale e da un punto di vista speciale nei riguardi dei germi della tubercolosi. Nella prima parte che riguarda la difesa istiogena in generale, essi si occupano diffusamente della dottrina del sistema reticolo-endoteliale, esponendo una severa e documentata critica a detta teoria. Nella seconda parte studiano le reazioni cellulari al virus tubercolare portando il contributo delle ricerche personali. Gli AA. giungono alla conclusione che non pare loro esatto sostenere che le cellule che intervengono attivamente nel processo di difesa contro il virus tubercolare, siano soltanto quelle del sistema reticolo-endoteliale, o anche che siano soltanto quelle del connettivo. Oltre gli elementi connettivi, hanno importanza grandissima gli elementi del sangue (polinucleati e linfociti). Gli AA. si dichiarano inclini ad accettare la dottrina dell'emoistioblasto di Ferrata che attribuisce le proprietà difensive a tutti gli elementi mobili primitivi di origine mesodermica, i quali attraverso al mesenchima ed agli emocitoblasti, portano alla formazione di tutte le cellule del connettivo e del sangue.

TRENTI.

A. SECHERAVE. *Le traitement de la tuberculose pulmonaire et chirurgicale par l'Umckaloabo.* Un vol. in-8°, di 205 pag. Maloine, éd. Paris, 1929. Prezzo fr. 30.

L'umckaloabo è una pianta appartenente alle poligalacee, che cresce nell'Africa del sud. Un meccanico, certo Stevens, guarito mercè l'uso di essa da una tubercolosi polmonare che lo affliggeva, se ne è fatto propalatore in Inghilterra, incontrando naturalmente le ostilità dell'Associazione medica britannica ed andando incontro a più di un processo per vendita di medicinali secreti.

L'A. ha avuto occasione di tentare l'umckaloabo su un malato di tubercolosi chirurgica, che ne fu guarito. In seguito, sottopose il rimedio ad uno studio sistematico (che espone nel volume) e lo applicò su circa 800 malati (in Svizzera) ottenendone risultati che qui riferisce in gran parte. Ne conclude che l'umckaloabo, pur non essendo infallibile, ha un'efficacia reale in tutte le forme chirurgiche e polmonari di tubercolosi, meno in quelle molto acute. Esso avrebbe un'azione specifica (neutralizzazione della tossina?!); il suo uso (pur non escludendo gli altri sussidî terapeutici) porterebbe a reali vantaggi. *fil.*

P. STANGANELLI. *Il problema diagnostico della tubercolosi polmonare latente.* Tip. A. Trani, Napoli 1930. Vol. di pag. 88 e 6 tavole. Lire 12.

Arduo è il compito di chi si accinge a prospettare in quadro sintetico le differenti forme anatomo-cliniche della tubercolosi polmonare latente, in quanto esse rappresentano stadî del processo nei quali è spesso difficilissimo discernere i limiti fra la latenza propriamente detta e l'iniziale attività evolutiva. L'A. ha affrontato il non lieve cimento, svolgendo

con perizia l'importante argomento in una monografia non voluminosa, con una discussione critica intorno alle più dibattute questioni, sgombrando il campo da ogni eccesso di esposizione dottrinaria e mettendo sempre al primo piano i dati dell'esame clinico nella discriminazione delle varie forme.

Egli classifica le forme anatomo-cliniche della tubercolosi polmonare latente in 4 tipi fondamentali: 1) tubercolosi latente occulta; 2) tuberc. ganglio-ilare latente; 3) tuberc. latente cortico-pleurale o pleurite siero-fibrinosa primitiva; 4) tuberc. latente polmonare vera.

La monografia è anche corredata da 6 radiogrammi dimostrativi: essa sarà letta col più vivo interesse da quanti desiderano approfondire i problemi che concernono il sopra accennato argomento. G. ANTONELLI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 7 marzo 1930.
Presidente: Prof. DIONISIO.

Le iniezioni endotracheali di olii medicamentosi sono veramente innocue?

Prof. PALLESTRINI E. e Dott. ALBANESE ELIA. — Gli OO. in dodici cani hanno studiato le alterazioni broncopolmonari, che si potevano provocare colle iniezioni endotracheali di olio sterile contenente in sospensione particelle minutissime di olio di china, o una soluzione di orcanetto o mentolo e - gomenolo.

L'esame istologico ha dimostrato che sempre l'introduzione di olii in trachea (sia medicamentosi o no) determina l'insorgenza di lesioni flogistiche broncopolmonari, che da semplici lesioni infiltrative o desquamative, possono divenire ulcerative ed anche distruttive nei casi trattati più lungamente.

Su di una speciale forma di broncopolmonite subacuta a focolai consecutiva all'uso di instillazioni oleose endotracheali.

Prof. VALOBRA N. — Dopo aver ricordato le ricerche fatte da parecchi autori sul comportamento delle iniezioni endotracheali di soluzioni oleose, descrive un caso clinico nel quale l'instillazione endotracheale di soluzione oleosa di gomenolo in un uomo sano, ha provocato delle lesioni broncopneumoniche le quali riproducono punto per punto i caratteri delle lesioni riscontrate negli animali e cioè:

1) segni radiologici e semeiotici di focolai multipli di broncopolmonite localizzati simmetricamente ai lobi inferiori con integrità dei lobi superiori;

2) segni radiologici di infiltrazione dei gangli peri-ilari, senza calcificazione nè deposito di sostanze opache;

3) reperto di crepitini pleurici e di catarro dei piccoli bronchi a livello dei seni costodiaframmatici, senza segno di essudato nè di aderenze pleuriche;

4) scarsa influenza sullo stato generale, ma tendenza alla cronicità.

Sulla secrezione del sudore in alcune dermatosi ed in istati infiammatori sperimentali.

Dott. FERRARI V. — L'O. impiegando la tecnica della salda d'amido di Minor ha sperimentato: 1) sulle chiazze psoriasiche; 2) in lesioni di altre dermatosi infiammatorie (eczemi, lichen planus, lichenificazioni); 3) in lesioni infiammatorie sperimentalmente prodotte ed ha trovato assenza costante della sudorazione nel primo e nel terzo gruppo, assenza frequente nel secondo gruppo.

L'inibizione della sudorazione sarebbe secondaria al processo infiammatorio e quindi non costituisce un argomento in favore della natura nervosa della psoriasi.

La pilocarpina iniettata localmente è capace di risvegliare la secrezione sudorale; la adrenalina, pure iniettata localmente, inibisce l'azione della pilocarpina.

L'O. ritiene che si tratti di un riflesso inibitorio con punto di partenza dalle zone infiammatorie.

Sulla sclerodermia palmare e plantare simmetrica di Besnier.

Dott. VERCELLINO L. F. — L'O. ha constatato in una donna di 42 anni ed in una ragazza di 14 anni la predetta forma, strettamente legata alla funzione ovarica. Ritiene che l'iperemia attiva, che sta alla base delle dermatosi in questione, sia analoga a quella ottenuta da Morpurgo in seguito alla estirpazione del ganglio simpatico cervicale superiore del coniglio, e cioè di origine simpatica. Secondariamente si avrebbe uno stimolo alla scissione cariocinetica delle cellule dello strato basale cui seguirebbe corrispondentemente un'aumentata produzione ed accumulo delle cellule dello strato corneo. V.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 24 febbraio 1930.
Presidenza: Prof. A. FERRATA, presidente.

Contributo alla terapia delle neoplasie cutanee e di certe dermatosi con le correnti diatermiche.

G. FALCHI. — L'O. riassume da principio quanto oggi si conosce sui mezzi di produzione e sulle applicazioni delle correnti diatermiche.

Si estende in modo particolare a riferire in breve la letteratura che riguarda la diatermoterapia delle neoplasie cutanee e più precisamente dei cancri cutanei, dei neo carcinomi del cancro dei radiologi e delle forme precancerose.

Espone poi il contributo personale: fa precedere alcune note di tecnica e precisa le indicazioni della diatermocoagulazione delle neoplasie cutanee.

I casi trattati furono 33, 29 a sede cutanea, 3 delle mucose del labbro, uno su lupus ed uno su m. di Bowen: di essi 21 basocellulari e 9 spinocellulari. Nei primi si ottenne guarigione in 18 e recidive in due, 4 furono riveduti dopo 2 anni, 8 dopo un anno, 2 dopo 6 mesi e degli altri 5 non si è avuto più notizia.

Del secondo gruppo (spinocellulari) si ebbe guarigione in 6 e recidiva in uno, i casi furono controllati 4 per 2 anni, 2 per un anno. 2 per 7-8 mesi e di uno non si ebbe più notizia.

Nei tre cancri del labbro si ebbe guarigione

perfetta in tutti, in uno questa dura da un anno, negli altri due da quattro mesi.

Ottimi risultati furono pure ottenuti nel carcinoma su lupus e nella trasformazione neoplastica del Bowen.

La diatermocoagulazione è stata pure estesa con successo alle forme precancerose (papillomi delle mucose, verruche senili, cheratosi); al sarcoma di Kaposi, a certe forme di tbc. cutanea (lupus, tbc. verrucosa, ulcera tubercolare) alle verruche volgari e giovanili, rosacea, ectasie venose ed all'ulcera venerea.

Nelle conclusioni l'O. dopo aver discusso i pregi ed i difetti del metodo, lo ritiene degno di essere largamente impiegato in unione alla chirurgia, alla Röntgen-Radiumterapia non solo nella cura delle neoplasie cutanee, ma anche di molte altre dermatosi.

Ricerche circa l'azione di stimoli chimici e fisici su certi miceti.

G. FALCHI. — L'O. ha svolto ricerche circa l'azione di stimoli fisici svariati (Luce, Raggi X, Temperatura, Anareobiosi) su Miceti diversi (Achorion Schönlein, Trichophyton, Microsporum lanosum, Sporotrichum de Beurmanni, Actinomyces bovis, Hemispora stellata, Monilia candida).

Per le radiazioni luminose ha usato luci monocromatiche a permanenza (rosso, giallo, azzurro), l'Ultravioletto, la luce di Wood, lo spettro totale, i Raggi X, il freddo (2° e —2°), il caldo (20° e 37°) ed il soggiorno in ambiente povero di ossigeno.

Per l'Ultravioletto, la luce di Wood, lo spettro totale, si praticarono 20 irradiazioni a giorni alterni della durata di 10', alla distanza di 40 cm. dalla sorgente luminosa: per i raggi X si diedero 19 dosi eritema a giorni alterni; per gli altri stimoli le culture vennero tenute a permanenza sotto la loro azione. Per tutte le esperienze si fece uso di un unico terreno culturale (Pollacci); dai primi risultati che per ora si riferiscono alle variazioni macroscopiche dei miceti nel loro aspetto vegetativo si possono enunciare le seguenti considerazioni:

1) la luce di Wood influenza poco lo sviluppo dei Miceti esaminati;

2) l'Ultravioletto rallenta lo sviluppo del Trichophyton, dello Sporotrichum e dell'Achorion, mentre non influenza l'Actinomyces, l'Hemispora, la Monilia ed il Microsporum;

3) lo spettro luminoso totale ha in genere azione fortemente inibitrice su tutti i Miceti esaminati;

4) i raggi X influenzano poco la crescita di tutti i miceti, all'infuori dell'Actinomyces, dell'Hemispora e della Monilia;

5) la luce rossa ambientale rallenta solamente lo sviluppo dell'Achorion mentre favorisce quello del Trichophyton;

6) la luce azzurra influisce negativamente solo sull'Achorion e sulla Monilia;

7) la luce gialla rallenta la vegetazione dell'Actinomyces e stimola quella dell'Achorion;

8) la temperatura a 37° inibisce in modo assoluto la vitalità dei vari miceti (Hemispora esclusa), mentre a 20° si ha l'optimum per la crescita di tutti;

9) a +2 si ha solo sviluppo minimo della Monilia e dell'Actinomyces, quasi nullo di tutti gli altri, a —2 cessa la vitalità di tutti i miceti eccettuato il Microsporum, lo Sporotrichum e l'Hemispora. È da osservare che non appena si riportarono a temperatura ambiente le culture dei miceti sottoposti a +2°, essi ripresero a vegetare quasi normalmente;

10) in ambiente privo di ossigeno e mantenuto chimicamente asciutto si nota per la totalità dei miceti esaminati un arresto deciso dello sviluppo.

Per spiegare il meccanesimo dell'attività delle radiazioni luminose sui miceti l'O. ritiene che si debba trattare di una duplice azione e cioè di un effetto diretto sul micete sommato ad alterazioni nella composizione chimica del terreno legate all'azione della luce.

Per gli effetti della temperatura e dell'Anaerobiosi pensa esclusivamente ad azione diretta di questi stimoli.

Contributo statistico allo studio del rapporto fra il valore metrico della grande apertura delle braccia e quello della statura.

Dott. DOMENICO VIOLA. — L'O. studiò il rapporto fra la misura della grande apertura delle braccia e quella della statura in 1000 individui di 20 anni, prevalentemente lombardi, e conclude che la misura della grande apertura delle braccia è superiore a quella della statura nel 93,2 % dei casi: che tale eccedenza dal punto di vista costituzionale non ha valore se non quando raggiunge un determinato limite minimo (9 cm.); sorpassato questo limite l'eccedenza è spesso un segno che si riscontra associato a quelli classici dell'adenoidismo senza che però possa avere in questi individui alcun serio valore perchè differenze cospicue si riscontrano anche in soggetti non adenoidei ed a costituzione fisica molto robusta: tuttavia le eccedenze maggiori si hanno negli individui meno robusti e più in quelli di alta statura in confronto di quelli a statura bassa.

Ricerche sugli innesti di midollo osseo.

D. BARBIERI. — L'O. in seguito ad innesti autoplastici di midollo osseo nel rene ha trovato nell'interno dell'organo, in corrispondenza della regione nella quale era stato innestato il midollo, una neoformazione ossea, con trabecole ossee che hanno già raggiunto un discreto sviluppo. Queste racchiudono una massa considerevole di tessuto midollare, con tutti gli elementi che si sogliono trovare in un midollo funzionante.

Il Segretario: F. RICCI.

Ospedale Maggiore di Bologna.

Conferenza clinica del 16 marzo 1930.

Su un caso di malattia cistica del cervelletto, operato.

Proff. FILIPPO FRANCHINI e CARLO GAMBERINI. — FRANCHINI presenta un malato che diede da operare al collega Gamberini con diagnosi di malattia di imprecisabile natura, forse ascesso, del lobo cerebellare sinistro. Nell'anamnesi, un forte trauma, un colpo di sole, una dubbia otite sinistra con mastoidectomia parziale sinistra. Sintomi: cefalea violenta, frontale: non vomito, non stasi capillare: astasia assoluta con costante caduta a sinistra. All'operazione, cisti dell'emisfero cerebellare sinistro a contenuto pressochè incoloro, limpido che non si potè esaminare e meningite

adesiva, fra tentorio e verme superiore. Imprecisabile la natura della raccolta cistica. Escluso l'echinococco. Esito operatorio buono. L'infermo sta in piedi e cammina come persona sana. Ha ancora accessi di cefalea frontale, meno forte però di prima, ogni venti-trenta giorni che durano uno o due giorni. Esce dall'Ospedale tre mesi dopo operato.

Gamberini commentando l'intervento eseguito in anestesia locale ricorda le norme moderne di tecnica seguite dai più noti operatori in questo campo di chirurgia nel Nord-America (Cushing, Dandy, Elsberg) e da quelli d'Europa (ch'egli ha veduto ripetutamente operare), De Martel (Parigi), Heyman (Berlino), Sergent (Londra). Esse si riassumono nel curare che l'anestesia sia la meno nociva, la emostasi tempo per tempo assoluta, il traumatismo minimo, donde una necessaria lentezza dell'operazione. Così la mortalità post-operatoria è mirabilmente discesa al 12-10 % (Cushing) nei casi più gravi; e il 40 % può considerarsi guarito dopo 3-5 e anche 10 anni. Ciò deve persuadere maggiormente i medici a consegnare presto al chirurgo questi malati condannati d'altronde alla cecità e alla morte. Rileva che non è necessaria una installazione di apparecchi speciali per la chirurgia dei tumori cerebrali. Cushing continua a usare soli istrumenti a mano e così Heyman e Sergent operano in ambienti di estrema semplicità. È necessaria invece l'unione di un buon trinomio (neurologo, oculista e operatore); spesso utilissima la radiografia. L'esercizio di tale chirurgia non è riservato a operatori d'eccezione, ma è di qualsiasi chirurgo che sappia disciplinare la propria buona tecnica secondo alcune regole speciali che si compendiano nell'accuratezza di ogni particolare, nella dolcezza dell'esecuzione, nella più delicata protezione dei tessuti. Certo l'esperienza è maestra in ogni campo.

Su un caso di tumore renale.

Dott. Carlo Luigi Emiliani. — Inferma settantenne che da 30 anni ha accessi di dolori epigastrici con vomito e diarrea.

Dal gennaio 1929 diarrea continua (5-6 scariche al giorno): nell'aprile '29 edemi agli arti inferiori che scompaiono in agosto per ricomparire a fine ottobre. Dicembre '29: aumento notevole degli edemi, della diarrea e scadimento delle forze. L'inferma entrando in Ospedale nel gennaio 1930 a scopo diagnostico, nega disturbi urinari: solo da qualche settimana perde urine e feci Ha edemi cospicui agli arti inferiori e alle parti declivi del tronco e l'addome inesplorabile perchè molto tumido, teso e con versamento libero. Non febbre. Non sangue nelle feci. Fondo oculare sano. Nell'urina il 7 per mille di albume, moltissimi leucociti, molti cilindri jalino-granulosi. Non sangue. Liquido ascitico opalescente, col 2 per mille di albumina, 1003 di P. S. e grammi 0,52 per mille di urea. Estratto il liquido, si palpa nella regione del colon discendente una massa bernoccoluta, dura, dolente. Questo reperto e quello urinario, fanno supporre una malattia del rene sinistro.

Cistoscopia: nulla di notevole. Cateterismo ureterale: a sinistra difficile e incompleto per stenosi: non dà urina: a destra non possibile perchè l'inferma non si presta. La pielografia sinistra non riesce. Ciò che riesce è una ureterografia perchè si vede iniettato solo e non tutto l'uretere, il quale presenta vari strozzamenti. L'urologo ritiene che i 6 cc. di joduro di litio iniettati non siano giunti nella pelvi perchè pochi e suppone una idronefrosi sinistra. Punta, poi, la massa addominale si estrae un liquame rossastro contenente molte emazie e grosse cellule. Diagnosi clinica: tumore addominale di natura imprecisabile forse del rene sinistro. Esito: morte dopo 12 giorni di degenza. Diagnosi anatomica: carcinoma del rene sinistro con obliterazione e stenosi multiple dell'uretere sinistro di origine neoplastica e metastatica. Grosso rene bianco a destra.

L'O. mostra l'ureterografia, fa osservare come l'obliterazione ureterale sinistra spieghi la non fuoriuscita di urina dall'uretere S. e l'assenza di ematuria tanto frequente nei tumori renali, e come il reperto urinario patologico, il quale aveva fatto supporre la malattia di origine renale e verosimilmente del rene sinistro, fosse dovuto invece all'altro rene.

Su un caso di pleurite mediastinica.

Dott. Simili Alessandro. — Infermo sedicenne. Pleurite nella madre e, pare, in una sorellina. Soffre da una diecina d'anni, quasi annualmente di catarro bronchiale. Dagli ultimi giorni del settembre 1929, tosse ostinata, scarsa espettorazione muco-purulenta, dolore al petto con irradiazione verso la base sinistra posteriormente. Febbre modica per 15 giorni prima dell'ingresso in Ospedale. Obbiettivamente: all'apparecchio respiratorio nulla all'ispezione, palpazione, percussione. Soffio bronchiale, specie espiratorio, alto, aspirato, sonoro, con molti rantoli piccoli e sonori nella parte media dello spazio scapolo-vertebrale sinistro, con propagazione in basso e parecchio verso l'esterno. Diagnosi clinica: bronco-polmonite peri-ilare sinistra. Diagnosi radiologica: pleurite mediastinica posteriore sinistra. Esito: guarigione.

L'O. mostra parecchie radiografie che documentano in modo brillante il caso. E precisamente: in proiezione frontale si vede un'ombra verticale il cui lato esterno diretto in basso verso sinistra e infuori taglia dall'alto in basso l'ombra cardiaca sicchè l'ombra del versamento si sovrappone al tratto più mediano di essa. In proiezione sagittale: ombra il cui margine anteriore taglia l'ombra cardiaca nel tratto posteriore di questa sicchè l'ombra del versamento si dimostra situata nella parte posteriore del mediastino. Rileva le difficoltà diagnostiche di simili casi, le quali rendono questa diagnosi il più spesso impossibile.

Il Segretario: C. L. Emiliani.

Società fra i Cultori delle Scienze Mediche e Naturali in Cagliari.

Seduta del 28 marzo 1930.
Presidente: Prof. G. B. Zanda.

La bilirubinemia nel corso delle affezioni tubercolari.

Leoni A. — Dopo aver accennato alla opinione quasi unanime dei diversi AA. circa una costante assenza di bilirubina in circolo nei soggetti affetti da tubercolosi, l'O. passa alle considerazioni fornite da 81 casi di tubercolosi polmonare

che egli ha studiato; in nessuno dei detti casi ha constatato una assenza completa di bilirubina, per cui ritiene erronea l'opinione fino ad oggi maggiormente accreditata dai ricercatori.

Ha potuto constatare anche in questa sua ricerca, che esiste un certo parallelismo fra lo stato febbrile ed il tasso bilirubinemico, nel senso che più alte erano le elevazioni febbrili e altrettanto bassi erano i valori di bilirubina ottenuti mentre il contrario risulterebbe da quanto fino ad ora si sarebbe dai vari ricercatori trovato negli stati infettivi in genere.

Analogo rapporto si è manifestato fra le condizioni di trofismo dei soggetti esaminati, e le quantità di bilirubina nel sangue; infatti mentre negli individui che si trovavano in condizioni generali scadute e che rasentavano lo stato cachettico i tassi di bilirubina sono stati molto bassi, questi valori si sono visti gradatamente elevare fino a raggiungere il massimo nei soggetti in migliori condizioni di trofismo generale.

Ha inoltre potuto constatare che la reazione diretta ritardata compariva con valori di bilirubina inferiori a quelli stabiliti dai precedenti ricercatori, mentre in altri casi pure avendosi dei tassi corrispondenti di bilirubina in circolo la reazione diretta è risultata negativa.

La bilirubina degli essudati o trasudati in rapporto al sangue.

Leoni A. — L'O. è stato indotto allo studio del rapporto fra i tassi di bilirubina nel sangue e quello degli essudati e trasudati dalla scarsità delle cognizioni che si hanno al riguardo.

Egli dall'esame di 19 essudati e di 12 trasudati ha concluso che esiste un costante aumento di bilirubina nell'essudato rispetto al sangue, all'opposto di quanto avviene per i trasudati nei quali il tasso di bilirubina è inferiore a quello del sangue, che compare un aumento della quantità di bilirubina quando i liquidi effusi divengono emorragici.

Che la reazione diretta ritardata è presente in quasi tutti gli essudati anche se nel sangue corrispondente essa, come quasi generalmente avviene, è negativa.

L'O. ha potuto inoltre constatare la presenza della reazione diretta anche con tassi di bilirubina che stanno molto al disotto dei limiti fino ad ora stabiliti dai precedenti ricercatori.

Il comportamento del S. R. E. propriamente detto e del S. R. E. respiratorio con la doppia colorazione per via endotracheale.

Prof. A. Businco e Dott. G. Giunti. — Da ricerche sperimentali con doppia colorazione vitale endotracheale ed endovenosa, risulta palese l'esistenza di un rivestimento cellulare dell'alveolo polmonare che, per le molteplici funzioni e per la spiccata granulo-pessica, si comporta come un elemento *sui generis* ed ha diritto ad una denominazione speciale: pneumocita.

Questo nelle funzioni granulo-pessica e difensiva, è collegato con gli elementi istiocitari del parenchima respiratorio, accennando ad un organico sistema fisio-patologico locale (S. R. E. respiratorio).

Dalle ricerche scaturisce la possibilità di impregnare del colore introdotto endotrachea gli elementi del S. R. E. propriamente detto o generale.

Prof. Castaldi. — Si congratula per le belle ricerche degli OO. tanto più che esse portano una ulteriore conferma alla esistenza e all'importanza del S. R. E. che recenti studi, specialmente francesi, vorrebbero del tutto negare.

Chiede al relatore se nel corso di queste esperienze abbia avuto occasione di fare qualche rilievo nei riguardi della funzione lipodieretica del polmone.

Prof. Businco A. — Ringrazia il prof. Castaldi. Aggiunge che durante le sue ricerche non ha fatto alcuna osservazione riguardante la lipodieresi.

P. A. T.

Accademia Medica Pistoiese "Filippo Pacini,,

Seduta del 16 marzo 1930.

Presiede il Prof. Cantieri.

Il prof. Cantieri ricorda il collega Alberto Chiappelli, deceduto il 9 gennaio u. s. Il dott. Capecchi espone la biografia dell'Estinto, ricordando le sue numerose pubblicazioni nel campo della Storia, della Medicina e dell'Arte.

Vaccinazione antidifterica.

Prof. Chiappelli. — Espone all'Accademia una circolare ministeriale in merito alla *vaccinazione antidifterica* con l'anatossina di Ramon e fa appello ai medici per l'attuazione pratica, ricordando come la via più innocua sia quella nasale.

Dopo discussione, cui prendono parte il prof. Cantieri e il dott. Romagnoli, si decide, su proposta del dott. Bacci, di trattare l'argomento in una prossima adunanza.

Complesso sintomatico di Morgagni-Adams-Stockes e i rapporti di dipendenza fra bradisfigmia e turbe cerebrali.

Dott. Bacci Vittorio. — L'O. dopo aver preso in rapido esame gli agenti meccanici, chimici, infeziosi, che possono determinare una bradisfigmia, e fra questi quelli che contemporaneamente sono cagione di turbe cerebrali più o meno gravi, esprime la propria convinzione che non sia sufficiente l'anemia cerebrale determinata dalla lentezza o dall'arresto temporaneo del polso a cagionare gl'impressionanti accessi epilettici-sincopali di Morgagni-Adams-Stockes, e nel confronto fra due casi da lui studiati, in uno dei quali furono trovati all'autopsia due tumoretti che comprimevano i tronchi del vago sulla base cranica e colla scorta di molte considerazioni, tratte dall'esame della ricca letteratura sull'argomento, conclude che per dar luogo alle gravi turbe cerebrali occorre una predisposizione del sistema nervoso centrale, come è in tutte le affezioni accompagnate da accessi a carattere epilettico, sia di tipo vegetativo che motorio; e che d'altra parte è da distinguersi una forma classica di Morgagni-Adams-Stockes con blocco cardiaco, che devesi appellare giustamente malattia di M. A. S., dalle forme fruste di tale infermità e tanto più agli effetti pratici non devesi confondere questo quadro nosologico ben definito con una sindrome di tal nome, in cui manchino i rapporti di dipendenza fra i sintomi che la costituiscono.

S. A.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

L'azione degli estratti renali sulle turbe funzionali nelle sclerosi renali.

Stejskal (*Mediz. Klin.* 26, 1929) ha ripreso, sotto nuova forma, le prove di opoterapia renale che dopo le esperienze del Dieulafoy, erano state allontanate dalla pratica.

Gli estratti utilizzati sono stati preparati in modo da conservare i loro elementi lipoidici intatti il più possibile, senza autolisi. L'inoculazione è fatta per via intracutanea, alla dose di 2-5 cmc., in modo da determinare una bolla di edema cutaneo di lento riassorbimento.

L'A. ha trattato in tal modo 10 casi di sclerosi renale primaria o secondaria. Non ha notato mai alcuna reazione spiacevole, mentre ha avuto quasi sempre una caduta della pressione arteriosa, mai verificata con questi estratti in altri malati, nè in questi malati con altri estratti.

L'abbassamento di pressione dura parecchi giorni: un'amaurosi che sembrava dovuta ad un angiospasmo in un grave iperteso, retrocedette rapidamente dopo la prima iniezione.

L'A. attribuisce questi risultati ad un'influenza attivante dei lipoidi specifici sulla circolazione renale. I lipoidi cerebrali, utilizzati secondo la stessa tecnica, per iniezione intracutanea, sarebbero suscettibili di agire in modo analogo su alcune turbe di ordine encefalico.

L'A. ha visto migliorare, in queste condizioni, 3 casi di scialorrea, dovuti uno ad una paralisi bulbare, uno ad una paralisi pseudobulbare ed il terzo infine ad un'encefalite.

A. P.

La micrografia all'infrarosso nello studio della funzionalità renale.

Le micrografie ottenute con l'aiuto dei raggi infrarossi dello spettro hanno permesso di studiare e mettere in evidenza delle particolarità nei protoplasmi e nei nuclei cellulari che non apparivano con la comune luce all'esame microscopico.

La tecnica è delicata, e necessita una perfetta colorazione per ottenere delle meravigliose microfotografie; è consigliato a tal uopo il liquido fissatore di Bouin; anche la fissazione di Lesegue, seguita dalla colorazione Galeotti dà ottimi risultati. È importante prelevare gli organi da animali ancora vivi, e non anestetizzati.

A. Fortunato (*Morgagni*, 5 febbr. 1930) ricorda gli interessanti studi fatti con tale metodo da Justin e Besançon per osservare la funzionalità renale. Essi hanno potuto notare che l'aspetto dei granuli dei tubuli contorti si dispongono variamente al momento della diuresi, e precisamente essi, che normalmente sono diffusi nel protoplasma, al momento della diuresi si raccolgono in alcuni punti, rendendo chiaro il protoplasma nelle altre zone.

È noto che alcune sostanze, il mercurio, l'uranio, a piccole dosi stimolano la diuresi, a maggior dose necrotizzano gli epiteli tubulari; le ricerche fatte iniettando piccole dosi di uranio hanno fatto notare la stessa disposizione dei granuli protoplasmatici che si osserva nella diuresi normale.

Le ricerche per ora non forniscono alcuna conclusione teorica o pratica, ma la continuazione di tali studi permetterà la conoscenza più esatta dell'attività renale in rapporto alla sua funzione.

Sono riferite le altre modificazioni granulari osservate allorchè si iniettano quantità di acidi tali da alterare il pH, e sè porta un contributo alla conoscenza della formazione dell'ammoniaca nel rene.

Carusi.

CASISTICA.

Iperparatiroidismo: tumore delle ghiandole paratiroidi associato ad osteite fibrosa.

È nota l'azione delle paratiroidi sul ricambio del calcio e del fosforo. Erdheim nel 1907 aveva notato la frequente concomitanza di ipertrofia delle paratiroidi coll'osteomalacia; quest'ipertrofia fu da lui interpretata come un tentativo di compenso, quindi conseguenza e non causa della malattia. Quest'ipertrofia delle paratiroidi fu notata anche nell'osteite fibrosa da Hoffheinz. Il Mandl nel 1925 fece un innesto di 4 paratiroidi tolte ad un moribondo per trauma in un malato di osteite fibrosa, ma questi peggiorò; per questo il Mandl pensò che le alterazioni delle paratiroidi potessero essere la causa dell'osteite fibrosa; perciò in questo stesso malato volle asportare le paratiroidi. Sebbene clinicamente non si notassero tumefazioni, all'intervento si trovò un piccolo adenoma paratiroideo. Il malato migliorò notevolmente, l'eliminazione del calcio nelle urine si ridusse, e due anni dopo non era guarito, ma molto migliorato ed era cresciuto di peso di 16 kg. Radiogrammi presi 4 mesi dopo l'operazione mostrarono moderato aumento della densità delle ossa. Secondo Wilder (*Endocrinology*, maggio-giugno 1929) questa è la prima prova di iperparatiroidismo spontaneo.

Un caso molto simile fu descritto due anni dopo dal Gold; prima di questo, un altro caso era stato reso noto dal Du Bois; dopo di questo un altro caso fu descritto da Barr, Bulger e Dixon; in quest'ultimo caso c'era calcolosi renale, complicazione non infrequente nell'osteomalacia e nell'osteite fibrosa.

Un altro caso descrive l'A. in una donna di 32 anni, la quale presentava una tumefazione tiroidea comparsa 3 anni prima e da 3 anni aveva dolore alla coscia destra e una tumefazione a carico del periostio della regione bicuspidale (?) destra. Questa tumefazione, estirpata fu ritenuta mielosarcoma. Ricomparve tumefazione in sito; si tolse una discreta quantità di osso e il pavimento dell'antro fu cauterizzato e si tolsero molti denti fino a lasciargliene 4. Poi comparve appendicite acuta e fu operata di appendicectomia. L'a. peggiorava, non poteva camminare senza stampelle e i dolori si erano estesi a tutte le ossa e tutte le articolazioni. La calcemia era elevata, mentre la fosforemia era bassa. Radiologicamente si trovarono aree di rarefazione alla colonna vertebrale, al bacino e al cranio, mentre le gambe erano normali. Due anni dopo, peggiorando sempre le condizioni dell'ammalata, si trovò un'area cistica all'estremo distale del femore destro; un frammento di cresta iliaca prelevato chirurgicamente si mostrò povero di calcio, fosforo e magnesio.

Dopo una cura di vitamina D, l'ammalata era cresciuta di peso, c'era aumento del calcio e del fosforo del sangue e aumento del numero degli eritrociti e del tasso emoglobinico.

Fu prelevato un frammento del femore destro; macroscopicamente era porotico e microscopicamente formato da tumore giganto-cellulare. Qualche tempo dopo fu estirpato un tumore paratiroideo. Rapidamente diminuì la escrezione del calcio, la p. si cominciò a risentire forte, tanto da poter camminare senza stampelle. Radiografie fatte quattro mesi dopo dimostravano indubbio aumento della densità del cranio, della colonna vertebrale, del bacino, dei femori.

R. LUSENA.

Adenoma maligno delle ghiandole paratiroidi.

William Wellbrock (*Endocrinology*, maggio-giugno 1929) della clinica Mayo di Rochester, fa ampiamente la storia, piuttosto recente, dei tumori paratiroidei, citando anche gli autori italiani che hanno trattato l'argomento, per poi descrivere un caso personale.

Si trattava di un tumore che aveva diametri di 5 × 3,5 cm., nodulare, fluttuante e semielastico, avvolto in una capsula fibrosa, posto al polo inferiore del lobo destro della tiroide. Alla sezione esso si presentava costituito da quattro distinti noduli incapsulati, contenenti varie cavità piene di liquido color ambra. La struttura istologica generale era quella della ghiandola paratiroide; fu fatta diagnosi di tumore maligno per il polimorfismo delle cellule e per i nuclei policromatici, per la presenza di figure mitotiche e per l'invasione della capsula da parte del tessuto neoplastico.

R. LUSENA.

TERAPIA.

Il trattamento dell'epilessia.

È noto che da molti si attribuisce grande importanza alla dieta nel trattamento dell'epilessia. I. McQuarrie (*Journal amer med. assoc.*, 16 novembre 1929) ha osservato che gli epilettici hanno tendenza alla ritenzione di acqua nel loro organismo durante la fase attiva della malattia; le convulsioni si manifestano quando la quantità di acqua così ritenuta ha raggiunto una certa entità, mentre quando la diuresi segue gli accessi, favorisce la prevenzione di ulteriori attacchi. Egli considera quindi che il fattore eziologico nell'epilessia sia basato sopra uno squilibrio nel metabolismo dell'acqua un'inversione fra i processi extrarebali della diuresi (deidrazione) e dell'antidiuresi (idrazione). Uno squilibrio analogo, ma in senso inverso si ha nel diabete insipido.

L'esperienza clinica ha dimostrato che la notevole restrizione di acqua, unita con una dieta non chetogena porta ad una parziale disidratazione dei tessuti e previene gli accessi. Invece, l'aumentare notevolmente l'ingestione di acqua, durante il trattamento con la disidratazione tende a dare nuovamente gli accessi, almeno nei casi gravi. La somministrazione parenterale di pituitrina o dell'ormone antidiuretico dell'ipofisi sposta l'equilibrio dell'acqua dal lato positivo e favorisce la comparsa di accessi epilettici.

I rapporti fra lo squilibrio dell'acqua e gli accessi epilettici ci sono tuttora ignoti. Può darsi che, in qualche caso, gli effetti benefici della deidrazione siano da attribuirsi ad un effetto meccanico consistente nella diminuzione della pressione eccessiva negli spazi cerebrali contenenti il liquor; tale spiegazione può andare per individui che hanno un accumulo abnorme di liquor negli spazi subaracnoidei in causa di ostruzione meccanica. Per altri pazienti, la spiegazione non vale e va forse cercata nei rapporti del bilancio dell'acqua con lo stato acidosico.

Ad ogni modo, vi sono dei vantaggi ovvi combinando la restrizione nell'ingestione di acqua con l'uso di una dieta poco chetogena.

fil.

La sieroterapia dell'encefalite postvaccinale.

J. Hekman (*Die Med. Welt.*, n. 8, 22 febbraio 1930) ha avuto occasione di osservare in Rotterdam, dal 17 agosto al 12 settembre 1929, 11 casi di encefalite insorti dopo le vaccinazioni antivaiolose rese necessarie per l'infierire di una piccola epidemia in quella regione.

In 9 di tali casi usò come terapia il siero di sangue prelevato da individui, per lo più parenti, che in pari tempo erano stati egualmente vaccinati, con esito positivo, iniettandolo in quantità di 10 cmc. per via endovenosa, una o più volte.

Uno solo dei pazienti morì, nonostante la iniezione, mentre gli altri guarirono rapidamente.

L'A., pur dichiarando che la sua ipotesi dovrà essere confermata da ulteriori ricerche, esprime il convincimento che il siero d'individuo vaccinato con esito positivo contenga degli anticorpi specifici verso l'encefalite vaccinale, e che la linfa vaccinica possa venir considerata, per tale ragione, la causa delle manifestazioni encefalitiche. M. FABERI.

I risultati della malarioterapia della paralisi progressiva.

Nell'83 % dei casi trattati Prunak (*L'Encéphale*, 4, 1929) ha notato remissioni accentuate, riguardanti però solo la psiche, giacchè i caratteri del liquor e lo stato neurologico del paz. restano pressochè inalterati.

Lo scompenso cardiaco, la tubercolosi, l'obesità grave rappresentano delle controindicazioni. V. SERRA.

Nella vertigine di Ménière.

J. Rebattu (*Journ. de méd. de Lyon*, luglio 1929), accanto alle forme violente, in cui il paziente cade senza conoscenza ed ha in seguito una sordità irrimediabile, ne ammette altre attenuate, o croniche intermezzate da episodi acuti. Diverse cause possono provocarle: un'emorragia labirintica, un disturbo funzionale, un'ipertensione del liquido endolinfatico; spesso, vi è all'origine la sifilide.

Trattamento. Nella crisi violenta, riposo in letto, con immobilità assoluta, otturazione dei condotti uditivi con cotone; alimentazione leggera e fredda.

All'indomani, un purgante drastico ed applicazione di sanguisughe alla mastoide. Somministrazione di chinina a dosi deboli (cg. 2-10 al giorno), continuando per un mese, sospendere per 10 giorni e riprendere. Utile è la formula seguente:

Bromidrato di chinina cg. uno
Estratto di valeriana q. b. per una pillola.
Di tali, n. 60.

Vi si può aggiungere un centigrammo di estratto di belladonna (era stata anche consigliata l'atropina, 1/2 mg.). Buoni risultati si hanno con l'applicazione di vescicanti (5 × 5) alle mastoidi.

Meno bene riescono la pilocarpina (iniezioni quotidiane di 5-10 mg.), la cimicifuga racemosa ed i sedativi nervini. Consigliata da diversi è l'adrenalina (dosi deboli di 5-10 gocce mattino e sera).

Se vi è ragione di sospettare uno spasmo dell'arteria uditiva esterna o della sua branca vestibolare, si raccomandano i vaso-dilatatori (benzoato di benzile, XX-XXX gocce al giorno; nitrito d'amile per inalazioni, soluzione di trinitrina all'1 %, V-VI gocce al giorno).

Al minimo dubbio, si intraprenderà il trattamento specifico con gli arsenobenzoli, intercalati al cianuro di mercurio, seguìto poi dal bismuto.

Nei casi ribelli, si potrà tentare la puntura lombare. Sono stati altresì preconizzati diversi interventi chirurgici (trapanazione decompressiva, trapanazione antifacciale, ecc.).

fil.

Un trattamento degli sternuti incoercibili.

M. Lapouge (*Arch. int. laryngologie, otologie, rhinologie* e *Presse Médicale*, 5 marzo 1930) ha osservato un paziente, operato da poco di mastoidectomia, il quale presentò delle crisi sternutatorie parossistiche, assai frequenti, ripetendosi parecchie migliaia di volte al giorno; erano accompagnate da intensa lacrimazione e da idrorrea nasale. Ogni terapia era risultata vana (cocaina, atropina, autoemoterapia, dieta idrica) ed il malato era caduto in uno stato di notevole prostrazione.

Esclusa l'origine da una nevrassite epidemica frusta o da uno stato puramente nevropatico, l'A. ha pensato alla possibilità di un'origine periferica, ad uno stato di irritabilità sensitiva e simpatica della pituitaria.

Intervenne allora nel modo seguente:

1) anestesia del ganglio sfenopalatino sinistro per via palatina; iniezione di 2 cmc. di tutocaina al 2 %;

2) resezione sotto-pericondro-periostea alta del setto.

Le crisi cessarono immediatamente e definitivamente.

Questa eccitazione particolarmente intensa del simpatico nasale si era avuta sotto l'influenza di un'infezione realizzata da un'otite e da una mastoidite, in un terreno di squilibrio neuro-vegetativo a tipo simpaticotonico ed in un malato con una spina irritativa nasale. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. G. C. T., abb. n. 4021:

1. *Metodo di Debré della siero-attenuazione.* — Nel morbillo esistono due metodi di profilassi: quello della siero-prevenzione e quello della siero-attenuazione. Disgraziatamente la siero-profilassi conferisce una immunità di breve durata (3 settimane), insufficiente ai fini di una lotta pratica contro la malattia.

Iniettando il siero entro i primi 6 giorni dopo il contagio si previene senz'altro la malattia; se l'iniezione si pratica invece il 7°, 8°, 9° giorno dopo l'avvenuto contagio la malattia non si previene, ma essa compare in forma molto attenuata, con blefarocongiuntivite e rinite lievi, senza esantema, con temperatura oscillante sui 38°, con esantema discreto, senza tracheo-bronchite e senza complicazioni. Su

questo principio è fondato il metodo di Debré della siero-attenuazione. L'individuo parzialmente protetto contrae il morbillo in forma attenuata ed acquista così una immunità attiva durevole.

2. *Fenomeno di estinzione di Schultz e Charlton.* — Se si inocula 0,2-1 cmc. di siero di scarlattinoso convalescente nel derma di scarlattinoso in periodo di eruzione, dopo 6-8 ore si osserva la scomparsa dell'esantema per una zona di qualche cm. intorno al punto di iniezione. Il fenomeno è dato spesso anche da sieri normali, mai da sieri ricavati da scarlattinosi in atto, nè da sieri di animali normali: si verifica invece con il siero di cavallo immunizzato con streptococchi emolitici della scarlattina.

La causa della cancellazione dell'esantema scarlattinoso probabilmente deve ricercarsi nell'antitossina specifica contenuta nei sieri in parola, che neutralizza in sito la tossina scarlattinosa, per cui la cute disintossicata riprende il suo aspetto normale.

B. MASCI.

All'abb. n. 5084:

Per il trattamento dietetico della tubercolosi con il metodo di Gerson, veda *Policlinico*, Sez. Prat., 14 ott. 1929, pag. 1459.

fil.

All'abb. n. 8363:

Consulti: SWARTS. *Chimica organica.* Unione tip. editrice torinese. RONDONI. *Biochimica.* Ibidem. AZZI. *Immunologia.* F. Vallardi, ed. Milano.

Sulla fisiopatologia della digestione, veda i trattati di fisiologia e di malattie gastro-intestinali.

fil.

Al dott. M. S. da Napoli:

È finito proprio ora un concorso di assistente negli Ospedali e per ora non si ritiene che ne possa essere bandito un altro se non in autunno e più probabilmente dopo gli esami di Stato.

A.

VARIA.

La moda in medicina.

La medicina poggia su basi scientifiche. La chimica, la fisica, l'anatomia, la fisiologia, la patologia, sono i piloni sui quali è fondato il grande edificio della medicina, i cui prospetti maestosi sono la clinica e la terapia. Queste pure sforzandosi di assumere carattere positivo e logico delle scienze esatte, non ne hanno ancora raggiunta l'infallibilità. Ma se la medicina non è una scienza, come la matematica e l'astronomia, non è neppure un'arte, come la scultura e la pittura, come da alcuni si pretende. Essa è scienza nelle premesse e nelle tendenze, e la diagnosi e la cura sono il portato di un processo intellettivo, non di un'ispirazione. Se talvolta giuoca più l'intuito che il raziocinio, si è perchè non sono del tutto noti o rilevabili i fatti che forniscono l'osservazione. La malattia, pure essendo la conseguenza di fattori materiali soggetti a leggi fisico-chimiche e biologiche, ha in ogni caso un aspetto proprio, esponente di elementi imprecisabili ed imprevedibili, che deviano la diagnosi e rendono incerta la prognosi. Nessuno oserebbe negare il carattere di scienza alla metereologia ed all'economia politica, quantunque le vicende del tempo e delle finanze non sempre fanno onore alle previsioni.

In medicina giuoca un mondo infinitamente piccolo di materiali e di energie, i cui piccoli spostamenti producono grandi conseguenze. Noi conosciamo abbastanza bene queste, ma ci sono ignote molte delle cause, o non siamo sempre in grado di rilevarle o di prevederle.

Questo carattere impreciso spiega come in medicina le idee dominanti variino con molta facilità e frequenza, come la medicina abbia la sua moda: una moda la cui mutevolezza si riscontra in fatti accessori e pratici, ma anche nelle idee generali e dottrinali, non solo da secolo a secolo, ma anche di anno in anno.

Questa mutevolezza è determinata anche da fattori emotivi, dall'ansia dell'uomo di assicurarsi il supremo bene, la salute.

Non è il caso di ricordare quali profonde differenze vi siano tra la medicina di Ippocrate, quella del medio-evo e quella moderna. Quel che più importa si è che, malgrado il severo carattere scientifico impresso alla medicina, i medici della seconda metà del secolo XIX e di quello in corso han mutato più volte nella dottrina e nella prassi.

Con Virchow e Conheim entrò in voga la patologia cellulare, con Pasteur tutto si ridusse a microbiologia, i microbi costituivano la causa unica e diretta di tutte le malattie, seguì la reazione che fece passare in secondo piano i microbi, dando al terreno, all'organismo la maggiore importanza, e attribuendo all'endocrinismo la parte essenziale in ogni attività fisiologica e patologica.

Successivamente hanno dominato l'istologia, la batteriologia, la serologia, l'endocrinologia. Quel che più è strano si è che l'entusiasmo per le idee dominanti, ha talvolta fatto quasi abbandonare quelle precedenti, come se non avessero alcun valore.

Alcune malattie di tanto in tanto prendono tutta l'attenzione dei medici, poi, come se stancassero, diventano una rarità e ritornano per frequenza nel rango che loro spettava. C'è stato un periodo nel quale tutti gli addominali erano ritenuti appendiciti e si operavano semplici dispeptici. Una volta si vedeva l'isterismo da per tutto, poi venne la moda della neurastenia, seguita da quella della neurosi d'angoscia. Il

freudismo tiene ora il campo ed in alcuni paesi è diventata una vera ossessione.

Lo stesso può dirsi dei mezzi diagnostici. Fino a pochi anni or sono dominavano la chimica e la microscopia, poi venne la volta della serologia, oggi tutti giurano soltanto nella radioscopia.

Ma la moda si sbizzarisce di più sopra tutto in terapia. E si spiega. È questo il campo dove si è fatta luce ancor meno, dove i progressi sono stati meno sensibili, e che costituiscono d'altra parte la meta dove si tende con ansia maggiore. Ogni nuovo metodo di cura suscita nuove speranze. Viene esaltato, adoperato su larga scala. Segue l'immancabile reazione, ed il toccasana viene sprezzato, abbandonato, per poi ritornare in onore.

Una volta il salasso era il rimedio contro tutti i mali. Se ne usava e se ne abusava con fiducia cieca, si dissanguavano malati perchè si credeva fermamente nella virtù del salasso. Così voleva la moda. Poi venne il periodo nel quale un medico che avesse parlato di salasso era considerato poco meno che eretico e bestiale. Poi vi furono medici di coraggio che sostennero l'utilità della sottrazione di sangue in alcune malattie, ed oggi la lancetta e le sanguisughe fanno parte dell'armamentario di ogni buon medico.

Un'analoga parabola sembra seguono le coppette ed i vescicanti.

Era un dogma che le anemie si curassero con il ferro o con l'ingestione di sangue fresco. Tutti ricordano con quanta insistenza fino a trent'anni fa si somministravano i preparati ferruginosi, e con quanta fede le giovinette si recavano ai macelli per bere il sangue dei bovini di recente sgozzati. Il ferro cadde di moda e solo ora si ritenta di riportarlo in auge e l'opoterapia ematica andò in disuso del tutto. Oggi è la volta dell'epatoterapia.

Le frizioni di unguento mercuriale cedettero il posto all'iniezioni di sali di mercurio, e questi agli arsenobenzoli ed ai preparati bismutici. Oggi si decantano di nuovo i vantaggi della pomata napoletana.

Presso che in disuso sono andate le lavande intestinali abituali, l'enteroclisma Cantani non fa più parte degli utensili domestici.

La cura del tifo con la dieta lattea e magari con quella idrica era un canone indiscutibile ed indiscusso, oggi a questo rigorismo dietetico s'imputano gran parte delle malefatte del tifo.

Tutti ricordano con quanta fede fino a qualche anno fa si suggerivano e si prendevano i fermenti lattici. Costituivano il rimedio infallibile per tutte le affezioni del tubo intestinale, erano considerati una specie di mezzo per prolungare l'esistenza. Oggi questi entusiasmi si sono molto raffreddati.

Da molti anni non si parla più dell'ipnotismo, o se ne parla come di cosa inutile o dannosa, eppure una volta era un rimedio infallibile per tutte le malattie nervose, oggi non si parla che di psicanalisi e si spinge il fanatismo fino ad affermare che essa è capace di guarire le affezioni nervose organiche.

Non è qui il caso di ricordare quei metodi di cure che passano come meteore. Esse sono le espressioni di studi affrettati, di illazioni errate, di ciarlatanismo o di industrialismo.

A queste illusioni o scrocconerie si presta oggi l'endocrinismo. Domina la moda dell'opoterapia. L'incontestabile efficacia degli estratti tiroidei, insulinici, e surrenali e parzialmente di altre glandole a secrezione interna, ha generalizzato metodi di cura che, se giustificati da apriorismi teorici, in pratica si mostrano utili solo per i ciarlatani e per le case produttrici.

Purtroppo gl'insuccessi di queste generalizzazioni e queste applicazioni terapeutiche di fatti teorici, le quali non sono giustificate da controlli scientifici rigorosi e sono sfruttate industrialmente, non conferiscono serietà alla classe medica.

Il pubblico ora sa e ricorda, e la mutevolezza di metodi di cura talvolta nettamente contrastanti tra loro è oggetto di derisione.

Prima di accettare e tradurre in pratica nuovi indirizzi terapeutici, i medici dovrebbero rendersi conto della loro portata sulla scorta di studi di autorità scientifiche riconosciute.

Purtroppo però oggi è difficile orientarsi. La stampa pseudoscientifica che le case produttrici di specialità farmaceutiche inviano abbondantemente e gratuitamente ai medici, inquina la loro cultura. Questa stampa nascondendo i propri fini reclamistici, indirizza abilmente i medici verso metodi di cura, che nella maggioranza dei casi sono efficaci solo per le case industriali.

Come per l'abbigliamento delle signore, anche per la medicina ci sono i giornali che lanciano e sostengono la moda!

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

G. Di Giacomo. *Sull'azione dello ioduro potassico sullo ossicianuro di mercurio con riguardo alla diagnosi e cura delle uretriti croniche.* — Tip. A. Rancati, Milano, 1929.

A. Terzani. *Il pneumotorace spontaneo in corso di pleurite essudativa tubercolare.* — Tip. Minerva, Torino, 1929.

T. Torm. *Contributo all'esplorazione del sistema vegetativo coll'uso di un preparato organico di midollare soprarenale.* — Folia Therapeutica, 1929.

L. Silvestrini. *Asportazione graduale della milza ipertrofica ed aderente.* — L. Cappelli, Bologna, 1929.

Sprecher. *Sulla profilassi e cura della sifilide ereditaria.* — Tip. A. Nicola, Varese, 1929.

F. Pedrazzini. *Dell'edema cerebrale.* — Tip. Il Secolo, Milano, 1929.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XI. - Diplomi conseguiti all'estero: poteri del Rettore e del Ministro.

Il Rettore non ha facoltà di annullare o revocare le deliberazioni del Senato accademico. Tale potere spetta invece al Ministro della Educazione Nazionale anche sulle Università, nonostante il loro carattere di enti autarchici. L'annullamento può essere deliberato per errata interpetrazione o per falsa applicazione della legge e anche per incompleto accertamento di fatto. In quest'ultimo caso, il Ministro deve prima comunicare i nuovi fatti all'autorità universitaria e provocare da essa un riesame; soltanto se questa ritardi a provvedere o rifiuti di modificare l'originario provvedimento, il Ministro può, eventualmente, annullare l'atto che risulti fondato su elementi incompletamente accertati.

Queste risoluzioni del Consiglio di Stato, Sez. IV, risultano dalla decisione 13 dicembre 1929 n. 652.

Si trattava del riconoscimento di un diploma conseguito all'estero.

Il diploma presentato da tal Capobianco alla Università di Perugia fu poi sospettato di falsità. Ma questa fu esclusa dal magistrato penale. Non risultò nemmeno il falso ideologico, nel senso che la University of *Sakta* fosse istituzione non riconosciuta dallo Stato al tempo in cui fu rilasciato al Capobianco il diploma. Ma in base a posteriori indagini e notizie si ritenne che quella Università non potesse essere considerata di maggior fama, perchè screditata nel suo stesso paese.

Per questi accertamenti successivi, il Ministero annullò il giudizio del Senato accademico. Ma il Consiglio di Stato ha dichiarato non legittima questa determinazione: « se il Ministero avesse ravvisato nei supposti falsi l'elemento essenziale della quistione, avrebbe dovuto attendere l'esito del giudizio penale; e se questo li avesse accertati, avrebbe potuto senz'altro dichiarare nulli, come conseguenza immediata e inevitabile, gli esami e la laurea italiana del Capobianco; ma se riteneva, come ha ritenuto, che indipendentemente dai falsi, le informazioni avute per mezzo delle nostre rappresentanze diplomatiche e consolari bastassero ad infirmare il giudizio del Senato accademico di Perugia, a questo doveva comunicare tali informazioni, invitandolo a rivedere in base ad esse il suo deliberato; e solo quando il Senato non avesse provveduto in alcun modo od avesse insistito, il Ministero sarebbe stato competente a decidere se con tale inerzia o con tale ripetizione fosse violato il precetto della legge, il quale ammette il riconoscimento più o meno pieno soltanto dei diplomi delle Università estere di maggior fama. Nè varrebbe obbiettare che, nella specie, l'inesistenza del requisito della maggior fama risultava evidente, perchè nessuna aprioristica evidenza può alterare l'ordine delle competenze stabilito dalla legge ed anche a prescindere dal riflesso che l'autorità investita del giudizio di merito può sempre accogliere per proprio conto altri elementi oltre quelli fornitile dalla superiore autorità di vigilanza ».

XII. - Sospensione dell'attività professionale per mancato pagamento d'imposta.

Il professionista che risulti moroso per sei rate successive d'imposte dirette, dovute per la sua attività, è sospeso dall'esercizio della professione.

Ci è stato chiesto quale sia in tal caso la posizione del professionista e quali doveri abbia l'Ordine dei sanitari. La risposta è semplice.

L'esattore, constatata la morosità, ne riferisce all'Intendente di Finanza, il quale provvede alla dichiarazione di sospensione con decreto che è notificato all'interessato, al Presidente del Consiglio dell'Ordine e al Segretario provinciale della Federazione nazionale, alla quale il contribuente appartiene, ed è pubblicato nel *Foglio degli annunzi legali* della provincia e nella *Gazzetta Ufficiale*.

Notificato il decreto, il contribuente moroso non può esercitare la professione. L'Ordine deve sorvegliare, per accertare l'eventuale abusivo esercizio, che sarebbe penalmente perseguibile, come nel caso di cancellazione dall'albo. (Fortunatamente si tratta di casi eccezionalissimi). La legge però consente al contribuente un rimedio di equità. Egli può dimostrare, con istanza diretta al Pretore, che la morosità è dovuta esclusivamente ad assoluta impossibilità economica. Il Pretore giudica se la sospensione debba essere mantenuta. Tale provvedimento è emanato entro un mese, con semplice ordinanza non soggetta ad alcun gravame. Il Pretore la comunica all'Intendente di Finanza, il quale, se la domanda del contribuente sia accolta, provvede alla pubblicazione e alla notificazione alle autorità e alle persone alle quali era stato notificato il decreto di sospensione. Se il contribuente paga il suo debito, l'Intendente revoca il decreto e provvede alle pubblicazioni e alla notificazione sopra indicate.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Danni e rimedi della pletora professionale.

L'argomento è stato ampiamente discusso. Occorre tuttavia insistervi perchè, malgrado tutto, non si è finora notato alcun miglioramento e nessuna tendenza al miglioramento. I giovani continuano ad affluire in numero sempre crescente alle facoltà di medicina ingrossando la falange già troppo numerosa dei medici.

È un fenomeno strano. Malgrado la sproporzione tra domanda e l'offerta già eccessiva, questa insiste nell'esibirsi in proporzioni sempre maggiori.

Altra volta ci fu un arresto automatico della pletora. Nel decennio 1891-1901, il numero degli iscritti alle facoltà di medicina raggiunse un limite mai raggiunto per lo passato: si ebbe una media annua di 6600 iscritti. Seguì la inevitabile crisi professionale che, forse, costituì un freno alle iscrizioni. Il numero degli studenti di medicina scese nell'anno scolastico 1902-1903 a 5872, e diminuì progressivamente fino a raggiungere un minimo di 4341.

Alla diminuzione del numero degli studenti di medicina corrispose un aumento degli iscritti alle facoltà di legge e sopra tutto ed in proporzioni cospicue alle scuole d'ingegneria. Ora se si tien conto che con il 1900 cominciò per l'Italia un periodo di notevole prosperità economica, si potrebbe concludere che l'aumento dei medici non è un indice di agiatezza generale.

Ma a parte ciò, è certo che alla rarefazione della classe medica seguì ancora una nuova ondata di iscrizioni alla medicina, ondata che con il 1919 raggiunse un'altezza impressionante, che ha conservato negli anni successivi, senza per altro mostrare alcuna tendenza a decrescere. Nell'anno scolastico 1919-1920 gl'iscritti in medicina furono 10.532, e sono stati presso a poco dello stesso numero negli anni successivi. Attualmente in tutte le Università il numero degli studenti di medicina è superiore, e rilevantemente, a quelli delle altre facoltà. A Bologna ed a Genova gli studenti di medicina sono più che il doppio di quelli di legge.

Questo eccessivo affollamento delle facoltà mediche ha senza dubbio perniciose conseguenze culturali, economiche e morali.

I giovani possono giungere agli esami speciali, a quelli di laurea e di Stato imbottiti di notizie lette sui libri o apprese dalle cattedre, ma non potranno mai avere quel corredo di esperienza che è dato solo dalla osservazione diretta e dalla ricerca fatta personalmente. Ora più che dubbio è sicuro che solo a pochi dei moltissimi studenti di medicina è consentito di potersi fare una cultura pratica.

Per necessità di cose, salvo eccezioni, l'indirizzo dell'insegnamento dimostrativo della medicina si va perdendo. Ed i laureati di oggi potranno essere più o meno colti, ma se vorranno con coscienza affrontare l'esercizio professionale dovranno rifarsi una nuova cultura, che purtroppo non è sempre agevole conseguire.

In queste condizioni non sembra commendevole auspicare l'aumento degli impianti scientifici, la moltiplicazione o la divisione delle cattedre. Tutto ciò non tenderebbe alla mèta che si deve onestamente perseguire: la riduzione dei medici.

A parte il fatto che la quantità è sotto tutti i rapporti a scapito della qualità, il numero eccessivo degli esercenti l'arte sanitaria non ha alcuna influenza socialmente utile. Si può anzi sostenere il contrario.

Il Ministro Rocco, che pure è un professore di diritto ed avvocato, ha affermato recentemente alla Camera dei deputati la necessità di ridurre il numero dei laureati in legge. Alla Nazione, egli ha detto, sono più utili buoni industriali ed agricoltori che gli avvocati. Questi incrementano la litigiosità, che tende sempre ad aumentare e che non è un indice di civiltà.

Noi non possiamo affermare che l'eccesso di medici aumenti la morbosità, ma non possiamo neppure pretendere che la diminuisca. È certo, per altro, che la pletora alimenti certe attività non commendevoli o immorali, che comunque non conferiscono decoro alla classe e sono disutili socialmente.

Dobbiamo purtroppo constatare che malgrado la diffusione della cultura generale e la tendenza ad imprimere alla medicina un carattere scientifico sempre più rigoroso, il ciarlatanismo non è del tutto spento, e trova adepti numerosi nella folta schiera di laureati in medicina poco scrupolosi o che le necessità della vita hanno indotto a questa scorciatoia poco dignitosa.

I recenti scandali infortunistici hanno messo in evidenza un'altra piaga professionale.

Il bisogno d'altra parte consiglia forme di concorrenza addirittura cannibalesche.

La classe medica italiana è nella sua generalità moralmente sana, e non ha adottato certi metodi di lucro aberranti e più o meno confinanti con il codice penale, che sono in uso in altri paesi pure infestati dalla pletora.

Comunque s'impone un provvedimento che disciplini il numero dei medici esercenti.

Si è già provveduto a limitare il numero delle farmacie e dei notari. Si sono aumentate in modo quasi scoraggiante le difficoltà per conseguire l'autorizzazione ad esercitare l'avvocatura, e si tende agli albi chiusi.

Occorre che si faccia qualche cosa anche per la medicina: si limiti il numero delle iscrizioni alle Università o agli albi.

La Nazione ha bisogno di medici culturalmente ben preparati e moralmente integri.

E ciò non può essere garantito dall'affollamento degl'istituti scientifici e dalla pletora professionale.

Pangloss.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Per una vasta sfera di tempestiva difesa contro le malattie sociali.

In conformità alle direttive fissate dal Sottosegretario all'Interno, on. Arpinati, affinchè tutte le Opere di assistenza e prevenzione sanitaria della gioventù siano coordinate e concentrate a mezzo dell'Opera Balilla, il presidente di questa, on. Ricci, ha inviato una circolare ai Presidenti dei Comitati provinciali, impartendo disposizioni sulla necessità che tale opera di assistenza e nel medesimo tempo di prevenzione contro le malattie sociali — prima fra tutte la tubercolosi — così validamente perseguita nei capoluoghi di provincia e in altri maggiori Comuni, sia estesa sino ai centri rurali più lontani.

Il punto di partenza di tale azione deve essere la visita medica del fanciullo, eseguita dal medico di regione all'atto dell'iscrizione nei ranghi dell'organizzazione, al momento del passaggio alle avanguardie e all'atto della partenza per le colonie e i campeggi.

Queste visite mediche sono il cardine fondamentale della profilassi, allo scopo di assicurare allo Stato un cittadino sano e robusto. Ma la visita medica deve essere generalizzata da tutti gli Organi esecutivi dell'Opera, in modo che ogni Comitato deve stabilire lo sviluppo di questo esercizio. Di ogni fanciullo visitato deve essere presa nota in un apposito registro sanitario, il quale sarà tenuto al corrente delle cure e dei provvedimenti adottati nell'interesse degli inscritti bisognosi. Vi saranno annotati anche gli eventuali infortuni occorsi. Di ogni fanciullo visitato sarà inoltre stabilita un'apposita cartella biotipologica sulla redazione e compilazione della quale il Presidente dell'Opera Balilla lascia libero ogni dirigente provinciale sanitario, purchè sia tenuto presente in ogni caso che lo scopo principale della visita è quello di seguire il fanciullo attraverso i vari cicli del suo sviluppo.

Affinchè le visite mediche effettuate non restino fine a se stesse, qualora si presentasse l'opportunità di procedere a interventi terapeutici o a provvedimenti atti a migliorare il fisico di qualche fanciullo ritenuto sano, ogni Comitato penserà di coordinare l'azione svolta dal medico dell'Opera, con gli altri servizi assistenziali esistenti nel luogo. In virtù di tali collegamenti, il dirigente provinciale sanitario dell'Opera Balilla deve ottenere che siano a disposizione l'opera dei Consorzi antitubercolari e delle Istituzioni da essi dipendenti, nonchè l'opera di altri pubblici Istituti assistenziali e Preventori che ricevono incremento dall'Opera Maternità e Infanzia.

In conformità a queste direttive, la Presidenza dell'Opera Balilla, dietro accordi presi col Comando della Milizia, ha stabilito che per qust'opera di assistenza sanitaria, presso i reparti giovanili, sia destinato un dato numero di ufficiali medici, e cioè presso ciascun Comitato provinciale un seniore medico dirigente provinciale sanitario del Comitato dell'Opera Balilla, due centurioni medici ispettori sanitari; presso ciascuna legione e ciascuna coorte, un capomanipolo medico.

Consorzi antitubercolari.

È stata diramata ai Prefetti la seguente circolare del Ministero dell'Interno - Direzione Generale della Sanità Pubblica - Ufficio Antitubercolare - Sezione 2ª, N. 20300.20-40730, del 4 febbraio 1930-VIII:

Con circolare 15 dicembre 1928, n. 20300.20-6176, fu richiamata la vigile attenzione delle EE. LL. perchè i Consorzi Provinciali antitubercolari avessero evitato facili dispendi per assunzione di personale con retribuzioni eccessive, e perchè l'assunzione stessa di personale fosse mantenuta nei più ristretti limiti, in proporzione, cioè, delle effettive esigenze dei servizi severamente accertate e dell'ammontare delle entrate ordinarie dei detti Enti.

Dalle notizie che pervengono al Ministero risulta, invece, che non tutti i Consorzi Provinciali antitubercolari si attengono alle direttive predette.

Il Ministero intende che tale inconveniente abbia senz'altro a cessare. Epperò invita le EE. LL. a trasmettere, d'ora innanzi, per il preventivo esame del Ministero, i bandi di concorso dei Consorzi Provinciali antitubercolari per assunzione di personale e, per intanto, copia, ove, esistano, dei relativi Capitolati di servizio.

Al riguardo si reputa opportuno avvertire che i capitolati predetti debbono riportare l'approvazione dell'Autorità tutoria previa l'osservanza delle disposizioni dell'art. 6 della legge 23 giugno 1927, n. 1276, e contenere insieme con quelle altre norme che si riterranno opportune le seguenti:

a) le modalità del concorso, se, cioè, deve questo aver luogo per esami, per titoli, o congiuntamente per titoli ed esami; le condizioni di ammissione dei concorrenti, nessun limite di età dovendo essere apposto per i concorrenti che già prestino servizio presso i Consorzi Provinciali antitubercolari a seguito di nomina regolare; le norme per l'accertamento dei risultati del concorso;

b) la indicazione degli obblighi dei nominandi e le norme concernenti il regolare adempimento del servizio, la carriera, l'ammontare dello stipendio, e gli eventuali aumenti periodici;

c) le norme circa le licenze, i congedi, le supplenze in caso di malattia e quelle circa la aspettativa per motivi di salute, la disciplina, l'esonero dal servizio, il collocamento a riposo, e le dimissioni.

Giova avvertire che le norme contenute nei capitolati di servizio non debbono essere più favorevoli di quelle vigenti per i funzionari statali

e che le norme stesse debbono assicurare il regolare funzionamento dei servizi antitubercolari affidati dalla citata legge 23 giugno 1927, n. 1276, ai Consorzi Provinciali antitubercolari.

Si resta in attesa di un cenno di adempimento.

Pel Ministro: Arpinati.

Ricovero dei tubercolotici.

È stata diramata ai Prefetti la seguente circolare del Ministero dell'Interno - Direzione Generale della Sanità Pubblica - Ufficio Antitubercolare - Sezione 2ª, N. 20300.20-140468, del 20 gennaio 1930-VIII:

Uno dei mezzi più importanti per la lotta contro la tubercolosi è costituito indubbiamente dalla sollecita ospitalizzazione degli infermi di tale malattia, a scopo profilattico, per togliere dall'ambiente famigliare e da quello di lavoro pericolose sorgenti di contagio; ed a scopo curativo, per conseguire il miglioramento e, quando è possibile, la guarigione di tali infermi, e, in ogni caso, per alleviarne le sofferenze.

Il ricovero ospedaliero ha, quindi, una parte cospicua nella lotta in parola; in quanto riguardi infermi di tubercolosi che per il periodo e la gravità della malattia, per la impossibilità di adeguate cure a domicilio, per il pericolo di contagio nell'ambiente in cui vivono, non è lecito abbandonare a loro stessi.

L'avviamento agli ospedali specializzati — Sanatori, Ospedali-Sanatorio, Ospedali Marini — può avvenire in un periodo consecutivo, quando si sia provveduto, con l'internamento nel reparto di ospedale, alle prime necessità profilattiche e terapeutiche e sia stata intanto assicurata la disponibilità di posti.

Ora, il ricovero ospedaliero predetto può e deve essere assicurato in qualsiasi ospedale generico. In modo speciale occorre che esso sia assicurato negli ospedali dei centri minori, che possono esplicare un'azione più efficace di quelli dei centri urbani in confronto di quelle popolazioni rurali, che appaiono, non meno delle cittadine, vittime della tubercolosi e per le quali pertanto è indispensabile portare intensa, oculata ed eccezionale attività antitubercolare. Inoltre detti ospedali, come più vicini alla ordinaria residenza degli ammalati, possono offrire un soggiorno più gradito agli infermi stessi e alle loro famiglie.

Dalle notizie, delle quali questo Ministero è in possesso, risulta che a siffatte funzioni non venga da parte di molti ospedali adempiuto in modo corrispondente alle necessità.

Risulta anzi che spesso, mentre, per ragioni oggettive o soggettive, si è data parte eccessivamente e ingiustificatamente preponderante alla attività chirurgica, vi si facciano addirittura ostacoli al ricovero di tubercolotici, appunto perchè si teme che la presenza di questi allontani altre categorie di infermi.

Evidenti sono le necessità di rimuovere ogni difficoltà in guisa da mettere il più gran numero possibile di ospedali in grado di provvedere, ed ottenere, quindi, che la importantissima funzione sociale di ricovero dei tubercolotici sia adempiuta.

Deve al riguardo tenersi conto che la funzione stessa può rappresentare, anzichè un aggravio, una fonte di attività economica, a tutto vantaggio della vita complessiva dell'ente, con utilità e di questo e dei comuni eventualmente chiamati a rimborsare le spese dei ricoveri di infermi di altre malattie, dato che la maggior parte di essi avvengono in persona di assicurati a carico dei Consorzi provinciali antitubercolari o di altri enti od istituzioni.

D'altronde, ove manchino locali adeguati, questi possono facilmente provvedersi anche con eventuali aiuti da parte dello Stato, a termini delle leggi 24 luglio 1919, n. 1383 e 23 giugno 1927, n. 1276.

Non occorrono locali grandiosi; sono anzi preferibili piccoli reparti annessi agli ospedali, purchè ad un minimo di condizioni igieniche aggiungano un aspetto confortevole, utilissimo anche per malati che abbiano bisogno di lunghe degenze. Questi reparti hanno il vantaggio di costare poco come funzionamento, usufruendo dei servizi comuni dell'ospedale, con che si ha un alleviamento delle spese generali, ed una riduzione della retta.

Questo concetto di praticità è stato autorevolmente confermato dal Consiglio Superiore di Sanità in una delle sue ultime sedute.

In tale senso occorre che le Prefetture, di pieno accordo con il Consorzio provinciale antitubercolare, inizino senz'altro, se già non l'hanno fatto, e proseguano, poi, con alacre intensità un'azione energica ed efficace.

Questa non può evidentemente basarsi, che sulla precisa conoscenza dello stato di fatto attuale.

Ove, pertanto, già l'ufficio provinciale sanitario non sia in possesso dei dati relativi, dovrà procedersi di urgenza allo accertamento, per ciascuno degli ospedali comuni della provincia, del numero dei posti-letto per malati: *a*) di medicina; *b*) di chirurgia; *c*) di tubercolosi; *d*) di altre specialità.

Per quanto si riferisce agli ospedali, che ricoverano tubercolotici, si dovrà specificare il numero dei posti-letto per tubercolotici: *a*) uomini; *b*) donne; *c*) bambini; indicando se detti malati sono isolati in un padiglione separato dall'Ospedale, ovvero in un reparto speciale dell'ospedale stesso.

Perchè il Ministero possa, poi, avere un adeguato concetto della estensione del ricovero dei tubercolosi, in confronto con quello degli infermi di altre malattie, si prega di fare riempire dalle amministrazioni ospitaliere l'accluso prospetto (allegato alla circolare).

Per quanto, infine, si riferisce agli ospedali che non ricoverano tubercolotici, si prega di indicare il motivo aggiungendo anche quali di essi avrebbero eventualmente la possibilità di disporre di locali atti o adattabili ad assicurare ai ridetti malati convenienti condizioni di spedalizzazione.

Si gradirà risposta con premurosa sollecitudine.

Pel Ministro: ARPINATI.

Cronaca del movimento professionale.

Vertenza fra medici.

Era sorta una vertenza fra il medico condotto di Villastellone (Torino) e il dott. Oggero, al quale si faceva colpa di aver mancato di correttezza in confronto del collega condotto, quando lo suppliva durante le ferie, mancanza per la quale a istanza del medico condotto l'Ordine dei Medici infliggeva un mese di sospensione dall'esercizio professionale. Il Ministero dell'Interno, su ricorso dell'Oggero, opponentesi alla sospensione perchè la Commissione dell'Ordine non aveva seguìto le prescritte forme procedurali, ha affermato che le formalità della procedura non possono arbitrariamente essere sostituite dalla discrezionalità degli Ordini professionali. Accogliendo quindi il ricorso del dott. Oggero, il Ministero ha annullato la deliberazione 30 novembre 1928 che sanciva il provvedimento disciplinare contro il ricorrente.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AVELLINO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Stipendio iniziale L. 12.000, aumentabili a L. 14.500, oltre indennità servizio attivo L. 3200. Età lim. anni 45. Scadenza ore 12 del 27 maggio. Chiedere chiarimenti al Segretario generale dell'Amministrazione.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Il concorso scaduto il 10 aprile è annullato e sostituito da altro alle condizioni seguenti: Primario ostetrico dell'Ospedale Maggiore; titoli ed eventualm. esami; L. 5000 oltre L. 800 serv. att., il tutto al netto; partecipaz. proventi; domande in carta da L. 3; scad. ore 17 del 30 apr.; doc. a 3 mesi dal 4 apr.; tassa L. 50. Chiedere annunzio alla Segreteria o all'Ispettorato Sanitario del Pio Luogo.

CAFASSE (*Torino*). — Scad. 15 mag.; con Fiano; condizioni, capitolato.

CASSINASCO (*Alessandria*). — Scad. 30 apr.; lire 7000 oltre L. 500 uff. san., L. 500 cavalc.; tassa L. 50,10.

COMO. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo. Scad. ore 18 del 20 maggio. (V. N. 15).

FAETO (*Foggia*). — Scad. 15 mag.; con Celle S. Vito; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 indenn. consorziale, L. 2500 cavalc., L. 1000 se uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

FIRMO (*Cosenza*). — Scad. 30 apr.; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15.

FUTANI (*Salerno*). — Scad. 4 mag.; L. 7000 oltre L. 700 uff. san., L. 2000 cavalc. a sella; età lim. 25-40 a.; tassa L. 50,10.

GORIZIA. *Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi.* — Assistente Sez. med.-micrograf.; L. 10.000 oltre L. 2000 serv. att., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Rivolgersi Amministraz. Provinc. Scad. 15 mag.

LECCO. — Ufficiale sanit.; L. 15.000 oltre lire 3000 incarico sanitario scolastico, L. 3000 trasp.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,20. Scad. 25 mag. Chiarimenti dalla Segreteria Comun.

LIERNA (*Como*). — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario pel Consorzio Lierna, Abbadia Lariana, Mandello Lario, Varenna, Esino Lario. Stipendio annuo L. 9000, con diritto a quattro aumenti quinquennali del decimo. Indennità trasporto L. 3500. Indennità per visite per conto privati a norma disposizioni approvate. Ritenute di ricch. mob. e Cassa Pens. sui predetti assegni. È consentito il libero esercizio professionale fuori delle ore di Ufficio. Età non super. a 45 anni. Domande, documenti, quietanza tassa, richieste di chiarimenti, ecc. alla Tesoreria Comunale di Lierna. Scadenza 30 maggio.

MASSA-CARRARA. *Amministraz. Provinciale.* — Direttori della Sez. Medico-Micrograf. e della Sez. Chim. del Laborat. Provinc. d'Igiene e Profil. con sede a Carrara; L. 15.000 ciascuno e 10 bienni ventes., c.-v., eventualm. 25 % su utili netti di ciascuna Sezione; scad. ore 16 del 31 mag.; tassa L. 50,15. Rivolgersi Segreteria Provinciale.

NOVARA. *R. Prefettura.* — Quattro posti di Ufficiale Sanitario. Per Intra, stip. L. 7500 e indennità trasp. L. 1500. Per Omegna, stip. L. 3000 e indenn. trasp. L. 1000. Per Arona, stip. L. 2500 e indenn. trasp. L. 1000. Domodossola L. 6000. Cinque aumen. quadrienn. del decimo sullo stipendio. Documenti di rito. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria Comunale dei rispettivi Comuni oppure alla R. Prefettura di Novara (Ufficio del Medico Provinciale). Scadenza 31 maggio.

OSIMO (*Ancona*). — In sostituzione del precedente avviso. Fino al 12 maggio, per titoli, condotta chirurgica primaria residenziale con servizio all'Ospedale e Ambulatorio. Stipendio lordo L. 8000. Indennità speciale L. 2000. Indennità caro viveri. Domanda, documenti di rito bollati e legalizzati a sensi di legge, nonchè diploma di laurea. Chiedere informazioni alla Segreteria del Comune.

PIACENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario medico-capo del comune. Stipendio L. 20.000, oltre l'indennità di carica L. 3000. Cinque aumenti quadrienn. pari a un decimo dello stipendio base. Le domande, con i documenti di rito, debbono essere presentate alla R. Prefettura di Piacenza, entro il 10 luglio.

PISTOIA. *Comune.* — Due condotte; L. 8500 e L. 9000, 8 trienni ventes., oltre addizion. L. 3 sopra 800 pov., fino a L. 2000; per cavalc. L. 3000; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Scad. ore 17,30 del 15 lug.

POLLUTRI (*Chieti*). — Ufficiale Sanitario. La R. Prefettura di Chieti con Decreto dell'8 corrente ha prorogato a tutto il 30 aprile il termine per la presentazione delle domande al posto di Uff. Sanit., del comune di Pollutri, di cui il bando di concorso del 20 gennaio 1930.

PONT CANAVESE (*Novara*). — 2ª cond.; scad. 10 giugno. (V. N. 15).

S. VINCENZO VALLEROVETO (*Aquila*). — Per la I Zona. Stipendio L. 9500. Indennità cavalcatura L. 2700. Scadenza 30 aprile. Assumerebbesi subito interino. Rivolgersi alla Segreteria Comun.

SONDRIO. *Amministrazione Provinciale*. — Direttore della Sezione Medico-Micrografica e Direttore della Sezione Chimica, del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio per ogni posto annue lorde L. 15.000. Indennità servizio attivo L. 3000. Caro viveri come impiegati Amministr. Provinciali. Percentuali, oblazioni ed ammende. Scadenza ore 12 del 31 maggio. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Provincia.

TRAPANI. — Consorzio con Monte S. Giuliano e Paceco; residenza a Napola; L. 9000 oltre L. 2500 cavalc., scatti quadriennali e quinquennali dec. Rivolgersi Presidente del Consorzio presso il Municipio. Scad. 30 apr.

UMBERTIDE (*Perugia*). — Scad. 31 mag.; Centro urbano; L. 8000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 2500 direz. Ospedale, L. 3500 direz. Padiglione Sanatorio; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

VALSAVIORE (*Brescia*). — Scad. 25 apr.; L. 12.000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 3500 cavalc., c.-v., L. 700 uff. san.; tassa L. 50.

VASTO (*Chieti*). — La R. Prefettura di Chieti informa che il termine per la presentazione delle domande di ammissione al Concorso per il posto di Ufficiale Sanitario di Vasto, di cui il bando in data 20 gennaio u. s., è prorogato a tutto il 30 aprile 1930.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Carlo Righetti, di clinica chirurgica, è stato trasferito da Perugia a Bari.

Il dott. Herbert M. Evans, professore di anatomia a Berkeley (Stati Uniti), è nominato dottore *honoris causa* dalla Facoltà Medica di Friburgo i. Br. (Germania).

Il dott. C. W. Muehlberger è nominato professore di tossicologia e farmacologia alla « Northwestern University » di Chicago.

Il dott. L. N. Katz, professore assistente di fisiologia alla « Western Reserve University School of Medicine » di Chicago, è nominato direttore della Sezione per ricerche cardiovascolari all'Ospedale Michael Reese della stessa città.

Sono revocate le decadenze di libere docenze dei proff. Mario Serena e Cesare Bartolotti.

Sono stati abilitati alla libera docenza i dottori: in *Chimica e Microscopia clinica*: Campanacci Domenico; *Clinica dermosifilopatica*: Truffi Giovanni; *Clinica Malattie mentali e nervose*: Clivio Cesare; *Clinica Medica generale*: Ponticaccia Luigi; *Clinica oculistica*: Mariotti Cesare; *Clinica ortopedica*: Camurati Mario, Jemma Giuseppe; *Clinica pediatrica*: Blasi Domenico, Carbonara Giacomo, Ferri Umberto, Larini Domenico, Lo Presti Seminerio Francesco, Macchi Annibale, Miraglia Del Giudice Michele; *Clinica otorinolaringoiatrica*: Pierantoni Luigi; *Farmacologia e Terapia*: De Nito Giuseppe, Mascherpa Pietro; *Istologia*: Lambertini Gastone; *Medicina del lavoro*: Francioni Giuseppe, Pipanti Pelletier Pier Lorenzo; *Medicina legale*: Siracusa Vittorio; *Odontoiatria e Protesi dentaria*: Albanese Paolo; *Ortopedia e Traumatologia*: Annovazzi Giuseppe, Bertone Carlo, Cattaneo Filippo, Marino Zucco Carlo, Rallo Andrea; *Parassitologia*: Croveri Paolo; *Patologia generale*: Borghi Bruno, Vercellana Giuseppe.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Firenze.

Conferenze alla Scuola di Applicazione di Sanità Militare.

Dinanzi a un folto uditorio nel quale spiccavano le più eminenti personalità mediche del nostro Ateneo S. E. il prof. Dionisi, Accademico d'Italia ha tenuto un'interessantissima conferenza sul tema « Milza e emolisi ».

Dopo brevi parole del gen. medico prof. Grixoni, che ha ricordato le benemerenze acquistate dall'O. durante la guerra quale insegnante all'Università Castrense di S. Giorgio di Nogaro, il prof. Dionisi ha iniziato il suo dire rendendo omaggio alla Scuola Fiorentina e ai chiari nomi di Guido Banti e di Filippo Bottazzi, ai quali è giusto attribuire il merito di avere gettate le basi di tutta una lunga serie di esperienze, di osservazioni, di contributi tendenti a lumeggiare il complicato e ancor non risolto problema dell'azione emolitica della milza, o ancor meglio dell'azione demolitrice della milza sui globuli rossi come l'O. preferisce designarla.

La dimostrazione di quest'azione demolitrice risulta oggi ben chiara da tutta una serie di indagini a capo delle quali troviamo le classiche ricerche del Banti che conducono all'asportazione dell'organo nella malattia che porta il suo nome, alle ricerche del Bottazzi, che ne afferma l'azione emocatatonistica, per giungere alle più recenti del Peserico, il quale dimostra che il sangue, passando a traverso la milza diminuisce di resistenza, e dello Spadolini il quale, dopo contrazione splenica, trova aumento delle piastrine e immissione in circolo di forme vecchie e alterate di globuli rossi.

Ricerche le quali hanno evidenti addentellati in quelle che ha condotto e diretto nel suo Istituto il Dionisi sopra il destino dei globuli rossi di pollo introdotti nel coniglio, dalle quali risulta l'esercitarsi su di essi di una funzione captatrice per parte del polmone, del rene, del fegato, ma soprattutto della milza ove i globuli rossi introdotti arrivano fino a raggiungere i cor-

doni di Billroth. Ma questa possibilità particolarmente spiccata della milza viene a risultare inoltre da altri dati sperimentali e clinici, quali ad es. la resistenza dieci volte maggiore che gli animali smilzati offrono all'azione di determinati veleni (toluilendiamina); dalle alterazioni spleniche che si ritrovano nell'ittero emolitico, nella malattia del Banti, nella splenogranulomatosi del Gamna, nella bilarziosi; malattie nelle quali la molteplicità e la diversità delle lesioni è la riprova più palese che la milza è l'organo che conduce alla demolizione dei globuli rossi.

Tutti questi fatti sono stati lumeggiati con grande chiarezza, sulla scorta di numerose e dimostrative proiezioni, dall'O. il quale nella sintesi di chiusura ha rivolto ancora un pensiero di omaggio e di reverenza alla memoria del Banti e alla sua scuola.

* * *

Il giorno 5 aprile il prof. Leone Lattes, stabile di Medicina legale nella R. Università di Modena, ha tenuto un'interessante lezione su: « La dottrina dei gruppi sanguigni e la medicina militare ».

L'O. ha anzitutto prospettato l'importanza che il problema clinico della determinazione dei gruppi sanguigni viene ad assumere nella vita militare, ove la trasfusione del sangue, specialmente durante le necessità belliche, raggiunge il suo massimo di applicabilità. E il riconoscimento di tale importanza è dimostrato appunto dal fatto che ad es. nell'esercito americano il gruppo sanguigno cui appartiene il militare è contrassegnato tra le note caratteristiche sul libretto di riconoscimento personale.

Esposta quindi per sommi capi la dottrina dei gruppi sanguigni ha prospettato gl'inconvenienti che possono anzitutto derivare in una trasfusione per parte di donatori inadatti e di ricevitori difettivi, quelli inoltre che possono presentarsi nelle trasfusioni ripetute nei ricevitori difettivi medesimi per effetto di una pregressa sensibilizzazione, onde la necessità di ripetere l'intereazione anche alla seconda trasfusione in uno stesso soggetto. Ha prospettato poi l'importanza che la determinazione dei gruppi sanguigni può avere per il buon attecchimento degl'innesti eteroplastici.

Da tutto questo emerge la necessità di ricerche sistematiche eseguite su un gran numero di individui in identiche condizioni di età e di vita, per le quali si presta benissimo il materiale umano che può fornire l'esercito con un'intera classe di leva. Ricordando appunto che in passato inchieste simili di carattere antropologico sono state condotte con molto profitto dal Livi sopra intere classi di leva l'O. ha proposto che precisamente l'inchiesta di carattere biologico circa la determinazione dei gruppi sanguigni venga eseguita sopra una intera classe di leva, poichè l'ambiente militare è quello che meglio si presta per ricerche sistematiche seriate, analogamente a quanto è stato fatto in Finlandia, in Cecoslovacchia, in Polonia.

Una volta attuata questa inchiesta si potrà così stabilire anche in Italia una carta assai precisa dei gruppi sanguigni, e ognuno vede subito quale importanza essa potrà avere sia per lo studio della derivazione etnica della popolazione, sia per i rapporti che potranno essere stabiliti dai confronti fra gruppi sanguigni e i caratteri biotipologici, per le correlazioni fra quelli e disposizioni morbose per i rapporti infine tra gruppi sanguigni e criminalità. Poichè sembra appunto, dagli studi ancora incompleti sull'argomento, delinearsi il fatto che gli appartenenti a un dato gruppo potrebbero avere più facile tendenza a contrarre talune malattie e alla criminalità.

Il valore di tali ricerche è quindi enorme e deve perciò essere compreso in tutti i suoi aspetti dai medici militari cui verrà affidata l'inchiesta, i quali, dato anche che vi possa essere alcuno che rimanga scettico sull'utilità di eseguire oggi una simile indagine biologica, dovranno sempre pensare che la giusta determinazione del gruppo sanguigno cui appartiene un soldato potrà servire a salvare una vita in pericolo sul campo di battaglia.

CANALE.

Da Catania.

Prelezione al Corso di Tisiologia.

Il prof. Luigi Ferrannini il giorno 15 marzo nell'Aula di Clinica Medica ha dato inizio al corso di Tisiologia dinanzi ad un numeroso uditorio di medici.

Egli, in opposizione al Bernard, non ammette che la Tisiologia possa formare oggetto di specializzazione medica. La Tisiologia, se per ragioni di opportunità può formare argomento di separato insegnamento o di studio preferito non può costituire una branca autonoma (come le malattie dell'infanzia, le malattie tropicali, ecc.) perchè la tubercolosi può colpire molti organi dei quali la vasta e complessa conoscenza si confonde con la stessa Clinica Medica.

L'O. ritiene che due jatture hanno sovrastato la Tisiologia: i segni premonitori e la diagnosi differenziale.

I segni premonitori hanno servito più a giustificare la vanità personale di qualcuno che ha creduto di legare il proprio nome ad un sintoma, che alla diagnostica. Una lesione p. es. di un apice polmonare per aver determinato una atrofia evidente di un muscolo deve aver raggiunto una entità tale da non offrire difficoltà diagnostiche.

L'O. infine combatte la terminologia di pseudo-tubercolosi in quanto non esistono malattie false. La diagnosi in genere e quella di tubercolosi in particolare deve poggiare sopra sintomi caratteristici della malattia. La pneumoconiosi o le alterazioni sporotricotiche del polmone per es. possono solo cagionando confusione ed errori entrare nel gruppo delle cosidette pseudo-tubercolosi.

A. T.

Da Potenza.

Consorzio Provinciale Antitubercolare.

La rappresentanza del Consorzio Provinciale Antitubercolare riunitasi il 19 febbraio, nel prendere in esame il bilancio preventivo per l'esercizio in corso, con l'intervento e seguendo i criteri esposti dal direttore tecnico dott. Enrico Adduca, ha tracciate le linee per l'attuazione del programma

che si propone di mettere in esecuzione per la applicazione della legge contro la tubercolosi.

Deliberato l'aumento del contributo che da 0,25 è stato portato a centesimi 50 per abitante, ha in conseguenza deciso:

1) La istituzione del posto di direttore tecnico del Consorzio per organizzare e dare unico indirizzo e disciplina ai vari servizi.

2) Nomina del direttore tecnico nella persona del dott. cav. uff. Enrico Adduca, seniore medico della M. V., dirigente il servizio sanitario della 156ª Legione Lucana.

3) Nomina del direttore del Dispensario Antitubercolare di Potenza.

4) Mettere in efficienza completa l'attuale Dispensario centrale di Potenza, con l'ampliamento dei vani e l'impianto radiologico.

5) Istituzione di due Dispensari completamente attrezzati per le zone dipendenti da Melfi e Lagonegro.

6) Impianto di un Dispensario mobile che possa periodicamente, con tutta l'attrezzatura, spostarsi dal capoluogo e raggiungere le località più lontane della Provincia, specialmente i centri di campagna, per procedere alla ricerca ed all'accertamento clinico dei malati, alla somministrazione di materiale profilattico e ad ogni più attiva propaganda.

7) Graduale istituzione di 24 Dispensari di zona che costituiranno una rete abbracciante la intera Provincia e che dovranno essere forniti di microscopio ed apparecchio radiologico portatile per provvedere all'assistenza degli ammalati del proprio Comune e di quelli viciniori; con compito principale per la ricerca e lo accertamento precoce del malato, l'assistenza e difesa dell'infanzia predisposta sottraendola agli ambienti familiari infetti, la educazione igienica del tubercoloso e della sua famiglia, la propaganda a mezzo di conferenze, spettacoli cinematografici, distribuzione di manifesti e opuscoli; segnalazione celere alla Direzione Provinciale di tutti i casi abbisognevoli di cura sanatoriale.

8) Sulle considerazioni esposte dal direttore tecnico il quale rileva che trovandoci in regioni di montagna, con molti paesi anzi in alta montagna, dove si usufruisce e si trae vantaggio dall'aria dei monti, stabilisce provvedersi per la compilazione di progetto per la costruzione di una Colonia Permanente Marina a preferenza od anche contemporaneamente alla costruzione della Colonia Permanente Montana il cui progetto è già pronto e l'area sulla quale deve sorgere è stata, con munifico atto umanitario, donata al Consorzio dal Principe di S. Antimo D. Gioacchino Ruffo.

9) Sollecitare la costruzione del Sanatorio provinciale i cui atti di appalto sono in corso di pubblicazione.

A.

NOTIZIE DIVERSE.

4° Congresso internazionale di urologia.

Come ne avevamo dato notizia, dal 7 al 12 aprile si è tenuto a Madrid il 4° Congresso della Società internazionale di urologia, sotto la presidenza del dott. L. de la Peña. Furono svolti i seguenti temi: « Eziologia e trattamento delle idronefrosi », relatori: Legueu (Parigi), I. Covisa (Madrid), G. Lasio (Milano); « Antisettici urinari », relatori: Jäeggy (Losanna), Pulido (Madrid); « Infezioni colibacillari dell'apparato urinario », relatori: Oeconomos (Atene) e Perearnau (Barcellona); tutte le relazioni furono molto discusse. Ebbero anche luogo alcune dimostrazioni di E. Walker: « Cinematografie operatorie »; R. Dos Santos: « Arterioradiografie dei reni ». Numerosi i ricevimenti, le feste e le gite. L'Italia era degnamente rappresentata, oltre che dal correlatore, dal prof. Alessandri e da altri insigni chirurghi.

9° Congresso nazionale di medicina del lavoro.

È indetto a Roma per il prossimo ottobre, dopo il Congresso di medicina interna. Tema di relazione: « Malattie polmonari da polveri »; relatori: proff. S. Caccuri ed E. Coppa (fisiopatologia e clinica), e dott. M. Sgambati (radiologia).

Rivolgersi alla R. Clinica del Lavoro, via S. Barnaba, 10, Milano.

7° Congresso medico latino-americano.

Si è adunato a Messico dal 12 al 19 gennaio; ha raccolto circa 600 congressisti di tutti i Paesi dell'America e vi sono state fatte circa 150 comunicazioni. All'organizzazione ha cooperato efficacemente il Dipartimento di Sanità della Repubblica del Messico. Ebbero luogo vari ricevimenti, tra cui uno sontuoso da parte del presidente della Repubblica Portes Gil e della sua Signora, al castello di Chapultepec. Vennero compiute escursioni ai giardini pensili di Xochilmiles e alle piramidi di San Juan Teotihuacán.

Tra i lavori presentati vanno segnalati quelli sul « mal de Pinto » e sull'oncocercasi.

4° Congresso delle società francesi di oto-neuro-oftalmologia.

Il IV Congresso annuale delle Società Francesi di Oto-Neuro-Oftalmologia avrà luogo a Bruxelles dal 6 all'8 giugno.

Il comitato è presieduto dal prof. Coppez (Bruxelles); della vice-presidenza fa parte il prof. Bilancioni (Roma).

Le relazioni saranno presentate: dai proff. Di Marzio e Fumarola (di Roma), sui « Disturbi dei movimenti associati degli occhi »; dai proff. Terracol, Euzière e Pagès (di Montpellier), sulle « Paralisi laringee ».

Le comunicazioni, discussioni e dimostrazioni verteranno soltanto sui soggetti delle relazioni.

Le adesioni al Congresso non comportano alcuna quota; esse debbono essere indirizzate al segretario generale del Congresso, professore aggregato Velter, 38 Avenue du Président Wilson, Paris 16°, non più tardi del 1° maggio; i titoli delle comunicazioni e le presentazioni dovranno essere inviati al segretario generale.

Si è provveduto presso la Direzione delle ferrovie francesi, per ottenere, come gli anni precedenti, l'autorizzazione ai viaggi a metà tariffa per i membri del Congresso; rivolgere le domande al segretario generale, non più tardi del 1° maggio 1930.

Per la partecipazione al banchetto ed alle escursioni a Lovanio e a Liegi, pel soggiorno e per l'alloggio a Bruxelles durante il Congresso, rivolgersi direttamente al segretario del Comitato Belga: dott. Van Bogaert, 22 rue d'Aremberg, Anvers (Belgique).

Congresso tedesco di chirurgia.

La « Deutsche Gesellschaft für Chirurgie » terrà la sua 54ª adunanza annua dal 23 al 26 aprile, in Berlino (Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstrasse 58-59), sotto la presidenza di W. Auschütz di Kiel. Sono in discussione due temi principali: « Emorragie, Emostasi, Prevenzione delle emorragie » (relat. Stich di Gottinga); « Chirurgia del rachide » (relat. Schmieden di Francoforte s. M.).

Il 26 aprile verrà tenuta da Sauerbruch una conferenza sulla terapia dietetica della tubercolosi, con numerose presentazioni di malati.

Il 27 aprile i congressisti si recheranno ad Halle, per celebrare il centenario della nascita di Richard von Volkmann.

Corso teorico-pratico di talassoterapia.

Come abbiamo annunziato, si svolgerà presso l'« Ospedale al Mare » del Lido di Venezia, dal 5 al 17 maggio. Tassa d'iscrizione L. 50; per studenti di 6° anno, assistenti sanitarie ed allieve assistenti sanitarie L. 30. Facilitazioni di alloggio e viaggio. Per iscriversi e per informazioni, dirigersi al direttore della Scuola, prof. G. Ceresole, via Dalmazia 11, Lido Venezia.

La giornata idrologica di Milano.

Con la partecipazione di illustri studiosi, quali il sen. prof. R. Nasini, il sen. prof. U. Gabbi, il prof. O. Casagrandi, il prof. L. Devoto e altri di varie Università italiane, si svolgerà a Milano, il giorno 24 del corrente aprile, la « Giornata Idrologica »; vale a dire una « giornata medica » prevalentemente dedicata alla « Idrologia ». Essa è infatti organizzata sotto gli auspici della « Associazione Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica », ed i temi delle conferenze concerneranno lo studio delle acque minerali sotto ogni aspetto, con riguardo anche alla « climatologia », quale essenziale complemento delle cure idriche e termali.

Le conferenze, con proiezioni, si terranno nell'aula Mangiagalli, gentilmente concessa, degli Istituti Clinici (via Commenda 12) e ne sarà distribuito il programma il mattino del 24 aprile; essendo già stato notificato che il punto di raduno dei medici, di qualunque parte d'Italia, sarà il piazzale tra la Clinica del Lavoro e l'Ospedale Maggiore (incrocio di via S. Barnaba con via Francesco Sforza).

Sarà effettuata durante la giornata una visita alla Mostra delle Stazioni Idroclimatiche Italiane, nella Fiera Campionaria. La Direzione della « Fiera di Milano » ha accordato il suo pieno appoggio alla iniziativa, a favore della valorizzazione sempre maggiore dei tesori di acque e climi salutari di cui è ricca l'Italia e che avranno quest'anno un'apposita Mostra nel Padiglione grandioso che è stato messo a disposizione dell'« Ente Nazionale Industrie Turistiche » (ENIT).

Nessuna tassa di iscrizione. Sarà bene però, per motivi di organizzazione, che i medici che vogliono partecipare alla « Giornata Idrologica » mandino la loro adesione al prof. C. Gozzi, segretario generale della Associazione Idroclimatologica, via Bellotti, n. 17, Milano.

Costituzione e sport.

È questo il titolo della prolusione al corso di Medicina Sportiva che il prof. Pietro Castellino ha tenuta nella sede dell'Istituto di Medicina del Lavoro in Napoli.

Le sale erano affollatissime di un pubblico in gran parte di studenti. Sono intervenuti il Segretario federale avv. Schiassi e tutti i rappresentanti degli enti sportivi e delle autorità militari.

Il prof. Pietro Castellino ha parlato per oltre un'ora, attentamente ascoltato e spesso interrotto da lunghi applausi. In ultimo l'oratore è stato fatto segno ad una grande, entusiastica ovazione.

Dopo la conferenza, venne spedito un telegramma all'on. Turati.

Conferenze.

Il Sindacato provinciale medico fascista di Roma comunica che domani 22 aprile, alle ore 18 il prof. Young di Baltimora terrà nei locali del Dopolavoro ospitaliero (di fronte all'Ospedale della Consolazione) una conferenza dal titolo « La prostatectomia per via perineale » (con proiezioni). Medici e studenti di medicina sono invitati ad intervenire.

* * *

Il prof. Francesco la Cava ha tenuto in Roma una conferenza sul tema: « La passione e morte di Gesù Cristo ». Egli si è servito unicamente della fonte evangelica. Le sue considerazioni sono state fatte ammettendo la natura umana, perfettissima, di Gesù. Assistevano alla conferenza l'accademico prof. Dionisi, l'on. Anile, varî insegnanti d'Università, i generali medici Della Valle, Galli e Cipolloni, molti medici e studenti.

Nella stampa sanitaria.

Ha iniziato le pubblicazioni l'« Archivio Italiano di Anatomia e Istologia Patologica », diretto da A. Dionisi, A. Pepere e F. Vanzetti, redatto da N. Orlandi e R. Reitano.

L'Archivio, a periodicità bimestrale, pubblica lavori originali, relazioni riassuntive e riviste sintetiche, note di casistica, osservazioni, studi. Il primo fascicolo, di oltre 100 pagine, reca una serie di sette contributi del genere, tutti pregevolissimi; è corredato largamente di figure. Nei prossimi fascicoli si farà posto anche a recensioni di trattati e monografie.

La veste tipografica del periodico è veramente magnifica. Per il valore del contenuto e per la forma, esso onora il Paese e ce ne compiacciamo vivamente con gli organizzatori.

Gli uffici hanno sede presso il R. Istituto di Anatomia Patologica di Milano (Ospedale Maggiore). L'abbonamento importa L. 100 per l'Italia, L. 150 per l'Estero; un numero separato rispettivamente L. 25 e L. 40.
Augurî fervidissimi.

* * *

Si è iniziata a Lima la pubblicazione della « Revista Médica Peruana », a periodicità quindicinale, diretta dai dottori Juan B. Lastres, Mauricio Dávila e Ov. García Rosell.

All'Istituto antitubercolare di Olgiate.

Accompagnati dal gr. uff. Jean de Fernax, ricevuti dal prof. Gaetano Ronzoni, dal prof. rag. Carlo Cavalli, dal gr. uff. Piero Preda e da donna Olga de Fernex e dal direttore dell'Istituto dott. Antonio Delaria, i rotariani di Varese hanno visitato l'Istituto di Olgiate dove, com'è noto, sono raccolti 300 bambini figli di tubercolotici sottratti al contagio familiare.

Del gruppo dei visitatori facevano parte tra gli altri il gr. uff. Ermenegildo Trolli, podestà di Varese, il sen. Borletti, il comm. Introini, il comm. Macchi, il comm. Maderna, l'avv. Mazzoli, l'ing. Papagni, il comm. Pomini, il cav. uff. Rasina, il comm. prof. Solaro, il comm. Tognella ed il comm. Gabardi.

Il prof. Gaetano Ronzoni porse il suo saluto e il ringraziamento della presidenza agli intervenuti, illustrando gli scopi dell'Opera che assiste e protegge l'infanzia minacciata. Rispose il podestà di Busto, gr. uff. Ottorino Maderna.

Per la Sorbona.

Il duca di Richelieu, rappresentante dell'illustre famiglia del cardinale, ha regalato alla Sorbonne il castello che reca il suo nome e la piccola villa adiacente all'edificio. Questo dono magnifico è stato fatto dal duca in memoria del cardinale per riannodare i legami della sua famiglia con l'Università di Parigi, e perchè questa possa ricevere in un degno ambiente gli scienziati stranieri. Il castello di Richelieu non comprende che una parte dei suoi antichi edifici. La Rivoluzione non l'ha risparmiato, ma i suoi resti hanno ancora un aspetto grandioso, tanto più che parecchi immobili vicini si aggiungono all'edificio principesco. L'insieme di questo dominio occupa 47 ettari. Richelieu, scrigno di tale gioiello, è una piccola città unica in Francia per la sua architettura di carattere storico. Non era che un povero villaggio quando nel 1585 vi nacque Armando Giovanni du Plessis. Divenuto il padrone della Francia, il cardinale volle glorificare la sua piccola patria e, nel 1631, sul terreno del vecchio castello paterno egli fece costruire un palazzo intorno al quale sorse una cittadina fabbricata secondo l'ultima parola del modernismo di allora. Egli ordinò a tutti i suoi amici e a molti dei suoi cortigiani di edificare, intorno al castello, delle casette di un piano, esentando da tasse i cento primi costruttori. Questa specie di costrizione sollevò qualche critica della quale si trova un'eco nella corrispondenza di La Fontaine, il quale previde che Richelieu sarebbe divenuto il più bel villaggio di Francia. Se il grande Ministro non ha potuto creare la città viva che sognava, le vie che ha tracciato e le case tutte di uno stesso stile, circondate adesso di piante e di fiori, sono un ideale ritiro campestre per un intellettuale o un artista. Il rettore della « Sorbonne » ha deciso che il castello e le sue dipendenze saranno messi a disposizione dei professori dell'Università, convalescenti o stanchi delle febbrili ricerche nelle biblioteche e nei laboratori. Per soddisfare il desiderio espresso dal duca, vi saranno egualmente accolti gli scienziati stranieri.

Albergo ospedale a New York.

Il 9 febbraio venne inaugurato a New York il « Doctors' Hospital », istituto privato di cura che contiene 264 camere per pazienti; risulta di 14 piani; è costato 4.250.000 dol., ossia 80 milioni di lire it. Ogni sforzo è stato compiuto per eliminarne l'atmosfera ospedaliera e circondare i pazienti di tutto il *comfort* domestico. Vi sono addetti 182 medici, chirurgi e specialisti: in media 2 per ogni paziente!

Naturalmente, è riservato ad una categoria molto ristretta di pazienti.

Lasciti ingenti.

Un legato del sig. J. Sebastian Goyeneche, dell'importo di 6.600.000 pesetas (oltre 15 milioni di lire it.), a scopo di beneficenza, è stato così distribuito: 3 milioni di pes. alla città di Madrid per un ospedale municipale gratuito nella Città universitaria; una somma uguale per un ospedale a San Sebastian; 600.000 pes. alla città di Arequeja (Perù).

Elargizioni.

Il benemerito Istituto Nazionale Medico-Farmacologico « Serono » ha fatto pervenire al prof. Luigi Ferrannini, direttore della Clinica Medica di Catania, la somma di L. 2000 destinata all'acquisto di materiale scientifico per il Laboratorio della Clinica stessa.

Assistenza ai diabetici in Vienna.

Si è inaugurato a Vienna un posto municipale di assistenza ai diabetici; è diretto dal prof. Gustav Singer, medico primario della 1ª Sezione di Medicina Interna dell'Ospedale Rudolf.

Onoranze al prof. Raffaele Bastianelli.

Il 3 aprile una simpatica cerimonia si svolse alla Scuola Medica Ospitaliera di Roma.

Il sen. prof. R. Bastianelli, che già ne fu, sino all'ottobre scorso, il presidente effettivo e da allora ne è il presidente onorario, tenne ad un foltissimo uditorio, in cui brillavano i più bei nomi del mondo medico romano, una dotta e interessante conferenza sui tumori dell'angolo pontocerebellare. Alla fine della quale il prof. Carducci, attuale presidente di questa bella istituzione dei medici degli Ospedali di Roma, prese inaspettatamente la parola per esprimere la riconoscenza della Scuola al prof. Bastianelli che con amore e con fede fu il primo a reggerne le sorti e a darle impulso. E gli offrì una artistica medaglia d'oro.

Il prof. Bastianelli, commosso dall'improvvisa inaspettata manifestazione, rispose dichiarando

che la bella medaglia avrebbe rappresentato il più prezioso e ambìto premio all'opera da lui svolta in pro dello insegnamento e degli Ospedali di Roma.

La semplice, cordiale cerimonia, svoltasi per così dire in forma del tutto privata, si concluse in un lunghissimo applauso col quale tutti i presenti (primi fra gli altri il gr. uff. Cotta e il gr. uff. Corelli rispettivamente presidente e segretario generale degli Ospedali Riuniti di Roma) vollero associarsi alle parole di gratitudine, di amore e di ammirazione pronunciate dal prof. Carducci.

Viaggio di istruzione marinara per i neo-laureati in medicina.

Allo scopo di procurare ai giovani da poco laureati in medicina e chirurgia l'occasione di compiere un utile viaggio di istruzione marinara prima di intraprendere l'esercizio della loro professione, la Lega Navale Italiana ha ottenuto per loro dei posti di viaggio interamente gratuiti sui piroscafi delle seguenti linee commerciali: Periplo d'Africa: Trieste, Suez, Capetown, Gibilterra, Genova, con fermate intermedie e viceversa; Nord Pacifico: ultimo porto toccando la Columbia, il Messico, Nicaragua, il Guatemala, la California, il Canadà.

Durata approssimativa del viaggio tre mesi per il periplo d'Africa e quattro per il Nord Pacifico. Questa eccezionale concessione è specialmente destinata a completare l'istruzione professionale dei giovani medici con cognizioni pratiche di igiene navale ed offre loro il mezzo di visitare ospedali tropicali e di sperimentare la propria attitudine alla vita del mare per eventuali concorsi nella marina da guerra o per la iscrizione nei ruoli della marina mercantile.

Cinematografia sulla Maternità.

Nella grande sala delle proiezioni dell'Istituto Internazionale della Cinematografia educativa in Roma, è stata visionata la pellicola di propaganda sociale « Maternità ».

L'autore della pellicola Benoit Levy è stato presentato dal direttore dell'Istituto, il quale ha messo in risalto il netto programma educativo della istituzione ed il consenso vivissimo che da ogni parte del mondo giunge ad esso e si estrinseca nel desiderio dei produttori stranieri che l'Istituto abbia a rappresentare un organo superiore di censura internazionale. Benoit Levy ha successivamente illustrato le linee direttive della propaganda sociale a mezzo del cinematografo ed ha fatto cenno al vasto programma che può essere realizzato nel campo della previdenza sociale e della propaganda in favore dei maggiori problemi che oggi interessano tutti i paesi.

È seguita la visione della pellicola la quale è tutta una esaltazione della politica demografica.

La sala era gremita di un pubblico scelto. Tra gl'intervenuti si notavano il ministro on. Bottai, il sottosegretario on. Arpinati, il sottosegretario on. Ricci, l'Ambasciatore di Francia, il generale Vaccari, i capi dell'Opera per la maternità e l'infanzia, dell'Opera Balilla, il console Beretta, direttore generale del Dopolavoro, e numerosissime personalità dell'aristocrazia e del campo artistico, letterario e scientifico.

Per i danneggiati dall'inondazione in Francia.

Il presidente della Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde ha rimesso a S. E. il Capo del Governo la somma di L. 50.000 deliberata dalla Commissione centrale di beneficenza dell'Istituto, a favore degli italiani residenti in Francia danneggiati dalle recenti inondazioni.

Per i sanitari sinistrati in Francia.

La Confederazione dei Sindacati medici francesi ha messo a disposizione dei medici sinistrati dalle alluvioni la somma di 100.000 franchi ed ha incaricato la Federazione del Sud-Ovest di accentrare le richieste di soccorsi.

La Federazione dei Sindacati Medici del Sud-Ovest, a sua volta, ha aperto una sottoscrizione tra medici, dentisti e levatrici, allo scopo di venire in aiuto dei loro colleghi, che dall'Hérault alla Gironda sono stati vittime della catastrofe. I versamenti possono essere fatti in qualsiasi Ufficio postale, al nome del tesoriere, Dr. Granboulan, chèque postal Toulouse 158,83.

Un monumento a Pirquet.

Il municipio di Vienna ha eretto un monumento a Clemens von Pirquet — il grande pediatra che pose fine volontariamente ai suoi giorni — quale attestazione di gratitudine per tutto il bene che egli ha fatto all'infanzia nell'Austria ed in riconoscimento delle sue benemerenze scientifiche.

La cerimonia assunse molta solennità.

La Commissione per le piante medicinali.

La Commissione, costituita sotto la presidenza del Sottosegretario per l'agricoltura on. Marescalchi per dare il suo parere circa il nuovo disegno di legge sulle piante medicinali, aromatiche e da essenza, si è divisa in tre sottosezioni: agraria, scientifica e industriale-commerciale.

Come è noto, lo scopo del progetto di legge è di valorizzare le infinite risorse nazionali delle erbe aromatiche e medicinali emancipando l'Italia da persistenti rifornimenti stranieri e avviando invece verso i mercati esteri le produzioni italiane elaborate.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Mediz. Klinik, 3 gen. — M. MARTENS. Calcoli renali e reni calcolosi. — H. SCHLESINGER. Mesoaortite sifilitica. — R. SCHMIDT. Diagn. differenziale dei tumori cerebr.

Bull. de l'Ac. de Méd., 24 dic. — G. HAYEM. L'organizzaz. generale dell'igiene. — BAUMGARTNER. Pneumotomia negli ascessi polmon. — L. MOINSON e T. STÉPHANOPOLI. Progressione del cancro a Parigi.

Journal de Microbiologie, Leningrado, 1. — P. KASHKIN. Reazioni allergiche da antigeni di miceti nelle dermatomicosi. — D. F. TOMTCHOUK. Dermatomicosi da « Torula epizoa » Corda. — E. PETROWA. Microrganismo sviluppantisi in substrati saturi di sale.

Journ. Méd. Franç., nov. — Numero sulle visceroptosi.

Arch. It. di Dermat. ecc. II. — G. PATRASSI. Cosidetto epitelioma calcificante della cute. — E. BENASSI. Sifilide gastrica a tipo pseudocanceroso.

Minerva Med., 6 gen. — G. MELLI. La sierologia degli asmatici.

Riv. di Patol. e Cl. d. Tuberc., 31 dic. — A. ROBLES. Sulla tendenza alla localizzazione meningea della tbc. nell'infanzia. — V. LUBICH. Vaccinazione antitbc. preventiva col metodo italiano.

Zbl. f. Chir., 11 gen. — H. v. HABERER. Insuccessi della resezione gastrica per ulcera gastrica e duodenale. — P. RATHCKE. Nefrectomia transperitoneale.

Journal A. M. A., 28 dic. — I. S. FALK e al. Eziologia dell'influenza. — G. CHENEY. L'analisi gastrica. — G. M. CURTIS. Diuretici specifici.

Norsk Magasin Laegevid., gen. — R. BING. Stato psichico protratto d'obnubilazione per un tumore dei lobi frontali. — H. HARBITZ. Reperti Roentgen nella sciatica e nella lombaggine.

Minerva Med., 13 gen. — C. CERUTI e D. CANTONE. Az. dei raggi U. V. sulla coagulaz. del sangue. — G. CENTANNI. Influenza delle ghiandole genitali sopra i tumori.

Haematologica, VI. — A. SEGA e A. BRUSTOLON. Leucemia monocitica o reticulo-endoteliosi leucemica? — G. C. BENTIVOGLIO. L'anemia di Biermer nell'infanzia.

Bull. Méd., 11 gen. — E. DUROUX. Microcolon congenito in adulto.

Gaz. d. Hôp., 11 gen. — P. BAIZE. Le setticemie da perfrigens.

Journ. d. Prat., 4 gen. — P. GUÉRIN. Trattam. della tbc. col metodo Jousset. — 11 gen. C. ACHARD. Aneurisma dell'aorta e aortite addominale.

Rev. Méd. Peruana, 7 dic. — J. B. LASTRES. La sindrome emiplegica in clinica.

Lancet, 11 gen. — M. CAMBPELL. Le malattie reumatiche nell'infanzia.

Gaz. d. Osp. e d. Cl., 5 gen. — C. CANTIERI. Febbri criptotubercolari.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII — Roma, 28 Aprile 1930 — Num. 17

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTA SINTETICA.

Lo stato attuale della roentgenterapia nella lotta contro il cancro

per il prof. dott. EUGENIO MILANI
incaricato dell'insegnamento di Radiologia e Terapia Fisica nella R. Università di Perugia.

Sul valore della roentgenterapia come mezzo terapeutico nella lotta contro il cancro, le opinioni — come è naturale — non sono concordi.

Da una parte — per limitarci agli estremi — noi troviamo gli scettici ad oltranza; dall'altra parte gli entusiasti; preferibili questi a quelli perchè gli entusiasti assai spesso sono almeno animati dal sacro fuoco della ricerca.

Ma perchè valga la pena di discutere un mezzo terapeutico si deve almeno poter dimostrare:

1) che *esso sia stato capace almeno qualche volta di guarire* la malattia.

È fuori dubbio che esistano *casi di cancro guariti* con la X-radiumterapia. Per gli scettici ad oltranza basterà citare un esempio, preso nella vasta e recente statistica del Radiumhemmet di Stoccolma, basata su centinaia di casi e su malati seguiti dai 5 ai 15 anni: casi di cancro del collo dell'utero (operabili) guarigione con la radiumterapia nel 50 %; casi inoperabili: guarigione nel 16 % dei casi. È la statistica riportata anche dal Bolaffio al Congresso di Ginecologia nel 1928: ma se si vogliono a questo proposito confrontare dati interessanti di statistiche (operatorie, attiniche sia curando col solo radio, sia usando la cura mista raggi-radium) rimando il lettore all'ampia documentazione del Bolaffio nella sua bella pubblicazione: *Lo stato attuale della radioterapia ginecologica* che vede in questi giorni la luce per i tipi dell'editore Pozzi;

2) che *un tale mezzo, se non a una guarigione, possa portare almeno* ad un miglioramento. Questa seconda proposizione è placidamente ammessa da tutti; ma occorre procedere in questo campo con accortezza, perchè la roentgenterapia può finire per essere il mezzo umanitario nei casi disperati, quando non c'è più speranza di cura.

Ammesso dunque che la X e la radiumterapia possono portare qualche volta a guarigione del cancro, quasi sempre a un miglioramento delle condizioni locali, dobbiamo domandarci — come prima cosa — se questo mezzo terapeutico ha dato in realtà tutto quello

che poteva dare o se siamo eventualmente arrivati invece ad un punto morto, oltre il quale non è possibile ottenere di meglio. La risposta non può essere in questo senso che ampiamente negativa.

La roentgenterapia è stata paragonata da Guillaume ad un continente che sta affiorando; è affiorato qua e là qualche scoglio; qualche scoglio si è riunito formando un'isola più grande ma siamo ancora ben lontani dalla terra ferma. Con un paragone più grossolano i raggi X sono stati paragonati ad un'arma da fuoco che usiamo senza mirare; sappiamo maneggiarla in realtà meglio che nel passato, ma non sappiamo puntare e non sappiamo se il colpo arriverà a destinazione. Ma *intanto però il cancro con le sole radiazioni qualche volta guarisce*: questa è l'unica cosa sicura, come ben insiste su questa affermazione il Piergrossi.

Se diamo uno sguardo al passato e se passiamo rapidamente in rassegna tutte le modificazioni che la tecnica radiologica ha subìto in questi suoi 30 anni e poco più di vita, è facile persuaderci che abbiamo proceduto spesse volte a tentoni. Confrontiamo infatti tutte queste tecniche.

1) *Tecnica delle piccole dosi*: filtrazione modica, durezza scarsa, dosi calcolate sulla vecchia unità H: dosi ravvicinate (1/3 dose ogni 8 giorni) o dosi intermittenti (dose normale misurata in H ogni 3 mesi): è la tecnica usata all'alba della roentgenterapia, quale si può controllare nel vecchio trattato di Kienböck.

2) *Tecnica delle grandi dosi massive concentrate*: raggi durissimi (38-40 di scintilla), filtrazione con metalli pesanti (zinco o rame più alluminio), concentrazione della dose cercando di far giungere sul focolaio la dose massima magari con artifici come il sistema dei fuochi incrociati o col sistema dei campi a distanza. La dose è calcolata sulla nuova unità (dose eritema) stabilita da Seitz e Wintz che han cercato di fissare delle dosi specifiche per ciascuna malattia. Per il cancro basterebbe la dose normale (100) più un decimo (110 % in tutto) e tale dose andrebbe somministrata nel più breve tempo possibile in modo da uccidere rapidamente tutte le cellule.

Dopo qualche anno di entusiasmo per questo metodo, le recidive, che si sono verificate, han dimostrato che la brutalità non è il metodo migliore per portare alla guarigione. È perciò che molti preferiscono:

3) la *tecnica delle dosi frazionate, con sedute ravvicinate* (e con raggi duri e filtrati). Holzknecht raccomanda di lasciarsi guidare nella irradiazione dai criteri clinici: se la pelle è sana non va mai sorpassata la dose eritema; se il tumore è ulcerato, somministrata 1/2-3/4 D. E. si può dopo 24 ore ripetere la dose (ad es. 24 H in 3 giorni, 8H al giorno) o aumentando ogni 24-48 ore la dose fino a raggiungere la dose massima di tolleranza giornaliera. Questa dose massima giornaliera (condizionata dalla larghezza del campo da irradiare: 1 DE ad es. su un campo 15 × 15 o 1 DE su 2 campi grandi la metà) non è che una dose parte della dose di focolaio e questa non è che una dose parte della dose totale. La dose di focolaio capace di distruggere le cellule, non è una dose fissa nel senso di Wintz, la quale può servire di falsariga e deve essere raggiunta con una serie di irradiazioni; la dose totale sarà fissata strada facendo, ma in ogni modo non vanno sorpassate 80 H in un mese e 4 DE in un anno e su una stessa parte.

4) *Tecnica delle irradiazioni intermittenti*: tra la 1ª e la 2ª irradiazione si dovrebbe lasciar passare un certo tempo, perchè è stato osservato che nelle cellule colpite dai raggi X le mitosi rapidamente scompaiono dopo un periodo di picnosi (effetto primario) e poi, dopo un intervallo amitotico, ricompaiono bruscamente delle cariocinesi patologiche più resistenti (effetto secondario dei raggi X secondo Alberti e Pollitzer): la 2ª irradiazione dovrebbe coincidere con queste mitosi. L'effetto primario di A. e P. non è stato da altri AA. confermato.

5) *Tecnica della saturazione di Pfahler*: il tumore va tenuto saturato per 40 giorni con la dose del 110 %: a tale scopo alla prima dose si fanno seguire nei giorni successivi delle dosi aggiunte (50 % dopo 10 giorni, quindi dosi decrescenti). Data la difficoltà del dosaggio in questa cura così cronicizzata, Nicotra ha proposto di dare dosi aggiunte minori ma sufficienti per le cellule in cariocinesi.

6) *Tecnica delle grandi dosi ma con raggi di poca durezza e poco filtrati*: è la tecnica introdotta di recente dal Coste per gli epiteliomi cutanei; ma è poi in realtà la vecchia tecnica di Bordier riesumata (Bordier somministrava 4-5 unità B in una seduta).

7) *Tecnica delle dosi protratte*: le irradiazioni vanno continuate per molti giorni fino a colpire tutte le cellule in mitosi. La base del metodo è il calcolo dell'indice cariocinetico secondo De Nabias e Forestier. Un indice cariocinetico di 1/50-1/200 vuol dire che su una cellula in cariocinesi ne esistono 50-200 rispettivamente in riposo e l'irradiazione va continuata nel primo caso per sei giorni, nel secondo per 40. Alcuni ricorrono alla dose di Wintz, altri a dosi minori adatte per le cellule in cariocinesi, altri (come sorgente costante) ricorrono al radio.

8) *Tecnica della filtrazione variabile*: è la tecnica introdotta dal Ghilarducci nell'epitelioma ulcerato: con questa tecnica si cerca di somministrare sul cancro le varie specie delle radiazioni dalle più molli alle più dure, nella ignoranza delle più utili.

9) *Tecnica della sensibilizzazione o desensibilizzazione dei tessuti*: le applicazioni diatermiche provocano una irrorazione maggiore

dei tessuti che si sensibilizzano; la iniezione di adrenalina o la compressione permettono di dare sulla pelle una dose maggiore.

10) *Tecnica dei radiatori metallici secondari introdotti in profondità*: è la tecnica del Ghilarducci e del Wintz (introdotta quasi nello stesso tempo, 1921) i quali hanno cercato mediante la ionoforesi di introdurre nella profondità dei tessuti degli ioni metallici. L'introduzione di aghi, di sonde, di fili metallici appare poco adatta. Con la ionoforesi il metallo invade il tessuto sotto forma di ione e i raggi X, colpendo il metallo, dan luogo alla produzione di radiazioni secondarie in seno ai tessuti. In questo modo non solo si viene ad aumentare globalmente la dose, ma accanto alle radiazioni diffuse e ai raggi corpuscolari esistono radiazioni caratteristiche per ciascun metallo.

11) *Tecnica della associazione dei raggi X con iniezioni di speciali sostanze*: è stata sperimentata l'iniezione di eosina che si riteneva fissarsi elettivamente sul tumore; l'iniezione endovenosa di enzitolo ritenendo che la colina fosse il prodotto di scomposizione delle albumine dei tessuti sotto i raggi X, l'iniezione di piombo colloidale decantato anche recentemente per la cura dei tumori e infine l'iniezione endovenosa di glucosio. È questa la tecnica introdotta di recente da Mayer; e Holzknecht stesso ha potuto constatare che tumori insensibili ai raggi X possono guarire con la cura associata.

E potrei continuare ancora nelle citazioni di tecnica; ma sarebbe inutile cercare poi quale delle tecniche è la migliore; perchè quello che è certo, sapendo scegliere caso da caso, ora con le dosi piccole, ora con le dosi massive e concentrate, ora con le dosi frazionate, ora con le dosi protratte, ora con le dosi a saturazione ecc. qualche volta *il cancro guarisce!*

Ma fra tutta questa ansiosa ricerca del nuovo, la tecnica del dosaggio ci si è venuta intanto affinando fra le mani; e, dopo avere sperimentato le unità più disparate e più convenzionali (dagli H agli X, agli F, V, M, ecc.) spesso basate su reattivi chimici ben diversi dal reattivo uomo, siamo ricorsi in questi ultimi 10 anni alla dose biologica di Seitz e Wintz (dose dell'eritema cutaneo). E qualcuno ha preferito la dose biologica di Jüngling basata sulle modificazioni provocate sui semi in germogliazione della vicia faba equina (2 dosi seminali e mezzo = dose eritema; una dose seminale arresta la germogliazione).

Ma ora eccoci a un nuovo ritorno all'unità fisica, all'unità R (unità Roentgen) basata per gli AA. tedeschi sulla capacità di ionizzazione dei raggi in un cmc. d'aria e sulla unità elettrostatica e per gli AA. francesi sulla ionizzazione campionata sul radium. E c'è una guerra, in assise internazionali, fra R e R con vantaggio della R tedesca, mentre l'unità francese, a seconda dell'impiego di raggi molli o duri, mostra troppe differenze biologiche.

Anche per il radium si cercano unità più pratiche e invece dei mmgr. di radium elemento usati o dei millicuries distrutti, si tende oggi ad adottare una nuova unità, la unità D (unità Dominici) la quale dovrebbe essere utilmente confrontabile colla unità R (ID = 70R tedesche e 175 francesi; 12 unità Holzkneeht = 1 dose eritema = 600 unità tedesche e, salvo le variazioni spesso notevoli secondo gli AA. 1500 unità R. francesi).

L'osservatore obbiettivo non può che rimanere sorpreso da tutte queste tecniche nuove, da tutte queste nuove unità: è un peccato originale che ci perseguita; l'ignoranza di molti fatti a proposito della etiologia e della patogenesi dei tumori, l'ignoranza di molti fatti a proposito del meccanismo d'azione dei raggi X. E quante domande si affacciano alla nostra mente! Quale è dunque il meccanismo d'azione dei raggi?

Su quale parte della cellula essi agiscono?

Quali sono le cellule più facilmente distrutte?

Quali sono le radiazioni più attive?

Si deve nella irradiazione tener conto dei tessuti sani e delle difese e dell'economia dell'organismo?

Ma perchè nonostante tutte le dosi massive, assai spesso qualcuna delle cellule cancerigne, sfugge all'azione dei raggi?

L'azione dei raggi X non consiste in una semplice azione chimica: la alterazione delle albumine è il fenomeno appariscente e grossolano. I raggi X sono dell'ordine atomico, investono l'atomo, strappano elettroni dall'atomo e, per la perdita delle cariche negative, i colloidi precipitano, l'equilibrio degli elettroliti si perde, la membrana cellulare si altera, cambiano i liquidi organici la loro reazione ecc. Tutte le azioni biologiche dei raggi X sono dovute agli elettroni liberati. Una parte dei raggi X infatti colpendo la materia torna indietro come raggi diffusi, una parte investe il complesso edificio dell'atomo, lo scuote fin negli strati più profondi e gli elettroni entrano in vibrazione con una frequenza caratteristica (radiazioni caratteristiche) a seconda dell'elemento colpito. Tutte queste onde elettromagnetiche col loro *quantum* di energia (raggi primari, raggi caratteristici, raggi diffusi) estraggono elettroni dall'atomo e altri elettroni si liberano dall'urto: ecco il fenomeno della ionizzazione che forma la base, secondo l'ipotesi prima di Bordier, di tutte le azioni biologiche. Dessauer non ha abbandonato però ancora la sua teoria del calore puntuale in quanto gli elettroni liberati si possono ricombinare e l'energia, così trasformata in calore, coagula il protoplasma cellulare; queste sostanze necrotiche riassorbite potrebbero dare reazioni generali lontane qualche volta di apparente eccitamento (necro-or-

moni di Caspari). Holthusen, in polemica con Dessauer, è sempre invece fautore della teoria dell'effetto fotoelettrico (dell'eccitamento e non dello strappamento atomico, con spostamento degli atomi nelle orbite).

I raggi X agiscono essenzialmente sul ricambio cellulare e la sensibilità è forse in rapporto con l'attività del ricambio della cellula: ma noi, se teniamo conto solo dei fenomeni morfologici più appariscenti, diciamo generalmente che il punto di attacco dei raggi è il nucleo cellulare e numerose sono le esperienze che dimostrano la grande sensibilità dei nuclei in mitosi. Anzi il nucleo è specialmente sensibile nell'anafase e nella profase; esso è certamente il portatore (v. ricerche ricordate dal *Bolaffio* l. c.) delle qualità idioplasmatiche come appare accertato mediante le lesioni sperimentali dei raggi. La legge di Tribondeau e Bergoniè ha dominato per lungo tempo il campo della radiobiologia: un elemento è tanto più sensibile quanto più attiva è la sua riproduzione, quanto più lungo è il suo divenire cariocinetico, quanto più la cellula ha caratteri morfologici meno differenziati. Ma qua e là sorgono eccezioni a questa legge la quale in ogni modo non può essere tradotta semplicisticamente: un elemento è tanto più sensibile quanto è più giovane, giacchè sono proprio i tumori a cellule giovani (come i sarcomi parvocellulari) quelli più difficili a guarire radicalmente. Ma secondo Pordes la radiosensibilità come può essere legata al nucleo, così può essere legata al protoplasma quando questo è la parte funzionante più importante della cellula (ad es. nelle cellule delle ghiandole a secrezione interna). Ma v'ha di più: Nemenow sostiene con buona copia di argomenti che le cellule più sensibili non sono le più giovani ma le più vecchie: la cariocinesi non è che l'espressione della senilità della cellula, senilità che i raggi X accelerano, facendo esaurire rapidamente la cellula stessa fino alla morte. Come le varie parti della cellula sono diversamente sensibili, così variamente sensibili sono anche i vari tessuti: il che ci permette appunto nella radioterapia — rispettando i limiti della dose — di colpirne solo alcuni e risparmiarne degli altri. Ma forse anche fra le cellule di uno stesso tessuto ne esistono di quelle variamente resistenti: il che è dubbio se vada ascritto al periodo diverso della mitosi o a quel fenomeno di fluttuazione comune a tutti i fenomeni vitali.

Se una parte degli Autori riferisce ai raggi di maggiore durezza la massima azione biologica, esistono ancora dei punti discussi dalla cui risoluzione ne potrebbero derivare modificazioni non indifferenti di tecnica. A parità di dose iontometrica (vedi *Bolaffio* l. c.) l'azione biologica delle radiazioni più molli oggi è stata da alcuni AA. dimostrata invece maggiore di quella dei raggi duri (forse in rapporto alle condizioni di assorbimento nei tessuti): qualche A. ha tentato pertanto la torizzazione del tumore (col nitrato di torio) e altri ricercatori han cercato di utilizzare le radiazioni più molli, mediante l'introduzione di sostanze radioattive introdotte nei tessuti (emanazione, torio X).

Data la possibilità di necrosi il metodo ha oggi una battuta d'arresto e l'emanazione si usa filtrata: i raggi duri, capaci di penetrare nelle profondità dei tessuti, permettono ai tessuti profondi stessi l'assorbimento dell'energia; e d'altra parte, poichè i raggi duri dan luogo a una maggior quantità di radiazioni secondarie e poichè, in base all'effetto Compton, le radiazioni secondarie diffuse finiscono man mano per divenire più molli e più assorbibili, l'azione biologica dei raggi duri può essere concepita come legata sopratutto col processo in profondità di diffusione, che determina del resto un cambiamento anche nella qualità.

Ma *è l'azione dei raggi X una azione puramente quantitativa?* e in questo caso di tutte le radiazioni o di una parte di esse? O *non piuttosto, perchè le varie radiazioni non potrebbero avere azioni specifiche diverse* a seconda della loro qualità? Rispetto a una ottava delle radiazioni luminose che vanno dal rosso al violetto esistono 20 ottave di radiazioni roentgen. L'uomo per mezzo della sua retina percepisce solo l'ottava delle radiazioni luminose: eppure noi siamo immersi in una vera atmosfera, in un vero bagno di radiazioni di cui non ci accorgiamo. Dalle stelle bianche e dalle nebulose della via lattea vengono emesse radiazioni gamma ultrapenetranti che investono la terra e che sono capaci di arrivare nella profondità dei mari; dal sole e dagli astri sono irradiate onde elettromagnetiche che darebbero, secondo le teorie di Lakhowsky l'energia necessaria alla cellula per mantenere le oscillazioni vitali; le onde hertziane si incrociano attorno a noi, penetrano nelle nostre case e riusciamo a captarle solo con speciali apparecchi; dal sole l'energia radiante raggiunge la terra; dai filoni di radium e dai corpi radioattivi si liberano raggi alfa (veri proiettili atomici) sotto forma di emanazione e raggi beta e gamma dai corpi che dalla emanazione derivano; l'uomo stesso che vive nella differenza di potenziale tra l'atmosfera e la terra è produttore nel suo organismo di correnti di azione.

Non si può escludere a priori una azione biologica specifica delle varie radiazioni e, nonostante le critiche, la questione dell'azione specifica delle radiazioni a cui il Ghilarducci e la sua Scuola han portato contributo notevole di lavori, rimane ancora un problema seducente; dare in terapia la massima quantità ma solo delle radiazioni adatte per quelle determinate cellule: questo sarebbe allora lo scopo della cura. Russ ad es. è partigiano convinto che i diversi tessuti reagiscano in modo diverso alle varie lunghezze d'onda: come qualche volta gli effetti sono diversi variando

l'intensità nel tempo (alta intensità in breve tempo, piccola intensità in tempo maggiore) così l'effetto curativo è talvolta diverso passando dai raggi X ai gamma.

Ma pure ammesso che la durezza condizioni la possibilità di fare arrivare la quantità massima di raggi in profondità e che l'azione tra raggi molli e duri sia perfettamente identica seppure apparentemente diversa in rapporto ai fenomeni di diffusione e di assorbimento (massivo da parte degli strati superficiali per i raggi molli, apparentemente elettivo per i raggi duri), è certo oggi che l'azione dei raggi X non può essere ridotta *a una pura e semplice azione citolitica.* Donaldson e Canti, Lacassagne e Monod che hanno studiato le modificazioni dei tessuti sotto l'azione del radium hanno notato che come primo fenomeno si ha la cessazione immediata delle mitosi (3°-4° giorno); ma verso l'8°-9° giorno le mitosi ricompaiono ed anzi in numero abbondante ma di tipo anormale; quindi le cellule (e ciò analogamente al modo di manifestarsi ad « ondate » della azione dei raggi X) presentano alterazioni distruttive. I fagociti allora ne inglobano i detriti e una produzione abbondante di connettivo viene a sostituire le cellule distrutte. È su questa formazione di tessuto connettivale che dobbiamo fermare specialmente la nostra attenzione: noi possiamo distruggere brutalmente con una irradiazione massiva un tumore ad es. cutaneo, ma alla distruzione potrà seguire un'ulcera *fissa* non neoplastica e che non vuole cicatrizzare perchè manca la reazione del connettivo.

Dunque l'azione dei raggi X deve essere almeno tale da colpire le cellule neoplastiche, ma non le cellule sane che devono contribuire alla guarigione. E se sono vere — come appare — le ricerche di Prime, Caspari, Opitz che con 5-8 e perfino 100 dosi eritema non riuscivano a distruggere in vitro tutte le cellule di un tumore, è lecito pensare che forse proprio ai tessuti sani spetta la parte più importante nella guarigione. Non ledere dunque il connettivo: idealmente sarebbe anche più semplice eccitarne la produzione; se questa potrebbe essere una delle aspirazioni di coloro che ammettono l'azione specifica delle radiazioni, in realtà i raggi X hanno sempre una azione distruttrice seppure i prodotti di distruzione riassorbiti possano portare a fenomeni di apparente eccitamento. Nelle piante irradiate a un apparente eccitamento segue il rapido esaurirsi della pianta stessa; l'irradiazione di piccole dosi sui tumori (come del resto si faceva con le vecchie tecniche) non ha mai dato fenomeni *certi* di eccitamento. Sotto le grandi dosi qualche volta si assiste a una disseminazione, ma in rapporto a fatti di *resistenza locale.*

Ma se i tessuti sani hanno dunque una grande importanza nei fenomeni di guarigione del tumore, quale parte hanno gli organi di difesa dell'organismo modificati dalla irradiazione? Ad ogni irradiazione l'azione locale è accompagnata da fenomeni generali: basta ricordare la leucocitosi, le variazioni dell'indice opsonico, le variazioni della viscosità del sangue e della coagulabilità per irradiazione della milza, ecc., e le variazioni degli anticorpi e dei fenomeni immunitari.

Ma accanto a queste reazioni umorali, in parte forse in rapporto con la distruzione cellulare, esistono delle *azioni a distanza* le quali non possono essere spiegate che con le relazioni che passano fra sezione e sezione del sistema emopoietico e più specialmente colle correlazioni interghiandolari che intercorrono fra un capo e l'altro del sistema endocrino. Come spiegare in altro modo le modificazioni dei surreni, della tiroide, della ipofisi nella irradiazione sperimentale dell'ovaio e dell'utero nelle ricerche di Balli e Fornero? Come interpretare la cicatrizzazione di un epitelioma cutaneo per irradiazione di un tratto di pelle della regione glutea (Busi-Turano) quando la distanza stessa che intercorre fra le due parti può far senz'altro escludere una possibile azione di radiazioni diffuse?

Fraenkel sin dal 1914 ha consigliato l'irradiazione della milza nella cura del cancro; Chaoul più di recente le piccole irradiazioni sull'addome, e Opitz, che ha veduto guarire i tumori (anche se protetti) nei topi irradiando l'intero animale con dosi inferiori a quelle necessarie per avere una azione citolitica locale, ritiene senz'altro che l'azione dei raggi X si esplichi attraverso le ghiandole endocrine e il sistema nervoso vegetativo o (Recasens) attraverso gli organi ad azione cancrolitica. E non sono mancate le ricerche dirette ad irradiare alcune ghiandole endocrine, importanti per l'equilibrio morfogenetico e per la produzione di sostanze blastiche (Centanni) allo scopo di inibire lo sviluppo dei tumori. I rapporti tra la radioterapia della ipofisi e lo sviluppo del cancro, tra la radioterapia dell'ovaio e il decorso del cancro della mammella, sono stati ormai stabiliti in modo sicuro.

Ma un fatto va ancora ricordato ed è che sotto la radioterapia si ha, almeno in una 2ª fase, un aumento della glicemia; e aumento della glicemia e comparsa di glicosuria si ha (secondo le ricerche di Jolly) dopo l'irradiazione di un cancro. Che rapporto hanno questa glicemia e questa glicosuria con il metabolismo della cellula cancerosa e con le ricerche di Mayer che, somministrando prima della irradiazione glucosio per via endovenosa, ha reso sensibili cancri prima radioresistenti? Le cellule neoplastiche formano (come scrive il Rondoni) una razza speciale di cellule con peculiari caratteri di metabolismo (tendenza facoltativa alla vita anaerobia), di attività proliferativa e di autonomia.

Albert Fischer su culture di cellule cancerose (alla Carrel) ha dimostrato che queste cellule hanno attitudini alla sintesi del loro protoplasma da materiali svariati, insufficienti

alla vita autonoma in culture di tessuti normali. Può questo *speciale metabolismo spiegare la radioresistenza* in molti casi di cancro? Il Busi nelle sue lezioni ha già affrontato la questione della radioresistenza tenendo presente il metabolismo della cellula cancerosa; ed egli ha espresso l'ipotesi « che i raggi non agiscano direttamente sul protoplasma forse insensibile o quasi, ma solo o in modo prevalente mediante certe modificazioni di talune sostanze, incluse in esso, necessarie alla vita che esse preparano, di guisa che scomposte o alterate la vita cellulare non è più possibile. Oppure data la scomposizione di materiali di rifiuto i sottoprodotti possono finire per accumularsi in quantità maggiore di quella acconsentita per il normale svolgimento dei processi vitali ».

Abbiamo già accennato che in realtà dopo una irradiazione alcune delle cellule di un tessuto (e perfino del testicolo radiosensibile per eccellenza) sfuggono sempre all'azione dei raggi: si è pensato che le cellule sfuggivano perchè in fase di riposo del metabolismo o in fase di riposo della mitosi; ma il fatto può rientrare (come già abbiamo accennato) nel fenomeno così detto delle fluttuazioni. In fondo il problema stesso della radiovaccinazione (resistenza di un tumore nelle successive irradiazioni) può rientrare (Busi, Béclère, Perussia, ecc.) in questo sfuggire di alcune cellule più resistenti all'azione dei raggi con ripetizione del fenomeno nelle successive irradiazioni fino ad aversi quasi una selezione di cellule più resistenti. Ma non mancano AA. (ad es. Perussia, Roussy) che riportano la radioresistenza alle modificazioni dell'ambiente o alla incapacità del tessuto connettivo vascolare, alterato dalla irradiazione, ad inibire lo sviluppo delle cellule cancerigine.

Ma se avranno conferma le ricerche di Fischer che avrebbe prodotta una trasformazione blastomatosa coll'aggiunta ai macrofagi di filtrato di sarcoma o coll'aggiunta di arsenico o catrame per cui il principio chimico che si forma dentro ai macrofagi induce poi a proliferare altre cellule, la questione del metabolismo cellulare salta in primo piano; e, dati i rapporti tra macrofagi e tessuto reticolo endoteliale, ecco già sorgere dei lavori che cercano attraverso il reticolo endotelio (Mischtschenko, Zacherl, ecc.) di determinare modificazioni sullo sviluppo dei tumori. Cramer, Schoenig, Zondeck han dimostrato che le irradiazioni lievi eccitano il tessuto r. e., le forti lo deprimono (onde incapacità di neutralizzare l'intossicazione da proteidi).

Noi non abbiamo avuto intenzione con questa rapida rivista sintetica di affrontare dei problemi, ma solo di metterli all'ordine del giorno riaffermando il principio che qualche volta con le sole radiazioni il *cancro guarisce*. Dinnanzi a un tumore da irradiare noi certo non sappiamo *a priori se esso guarirà*: una irradiazione di prova ci potrà dire se il tumore è più o meno radiosensibile; ma anche in presenza di un tumore radioresistente dobbiamo sempre tentare e provare. Ci possono soccorrere in realtà alcuni criteri noti a tutti i radioterapisti e sui quali di recente Holzknecht ha voluto richiamare di nuovo l'attenzione; ma tutti questi criteri non hanno un valore assoluto.

La risposta di un tumore all'irradiazione appare condizionata dalla struttura istologica del tumore, dall'organo da cui il tumore ha preso origine, dalla delimitazione del tumore rispetto ai tessuti vicini: praticamente infatti i tumori che si originano dalla mucosa delle guance, dell'esofago, dello stomaco, così come i tumori del pene sono radioresistenti; mentre un risultato in genere favorevole si ottiene con la radioterapia nei tumori della mammella, dell'utero, della pelle, del retto ecc.

Anche l'età del tumore, l'età e lo stato generale del paziente sono criteri da tenere presenti nella irradiazione di un cancro: e se le condizioni generali del paziente sono buone, possiamo bene a ragione sperare — in base a quanto siamo venuti esponendo — che anche efficace potrà essere la reazione dei tessuti sani e che potranno entrare in giuoco le forze di difesa dell'organismo.

NOTE E CONTRIBUTI.

Per il buon andamento della cura antiluetica.

(Considerazioni e criteri direttivi)

per il dott. MICHELE ZINGALE.

Si constata universalmente che il sifilitico è un ammalato indisciplinato. Ora, a prescindere dal fatto che è realmente difficile, per non dire impossibile, ottenere la perfetta regolarità richiesta nella cura ad intermittenza di una malattia la quale lega l'individuo al suo medico per anni, sussistono elementi pregiudiziali solidamente radicati nella mente del malato profano che, contrastando con la realtà dei fatti, frustrano nel maggior numero dei casi l'impegno del curante.

Sono pressochè incrollabili nel pubblico incolto (o non del tutto incolto!) le seguenti convinzioni: 1) la gravità della malattia deve essere collegata a gravi fatti generali e nella fattispecie ad impiagamenti estesi, ripugnanti della superficie cutanea: non è possibile che tutto si riduca ad un'innocente ed insensibile sbucciatura che potè essere conseguenza di un trauma inavvertito; 2) non è possibile conciliare l'idea di una siffatta malattia con uno stato di perfetta integrità fisica e psichica che per giunta persista immutato per anni di vita

quieta e talora burrascosa. (Così non è possibile molto spesso far intendere ad una donna che essa è affetta da blenorragia se afferma di non aver mai notato disturbi tali da imporsi alla sua diretta osservazione); 3) non è possibile che il soggetto possa essere sifilitico, dal momento che gli è mancata l'osservazione dell'ulcera infettante; 4) se dopo la prima cura fatta, il responso della R. W. sul sangue è negativo, logicamente egli è guarito: negatività è assenza, inesistenza; specialmente quando per due, tre volte (di rado accede più oltre alla ostinatezza del medico) l'esame risulti uniformemente negativo.

In altri termini, i *dubbi* più o meno mal celati dall'ammalato nelle sue conversazioni col medico sulla esistenza reale o sulla ulteriore sussistenza della sua malattia clinicamente silente, costituiscono, a mio parere, la principale causa della constatata indisciplina, ancor più che una strana indolenza, evenienze della vita che lo distraggano o lo stanchino, tema di essere scoperto e variamente compromesso, condizioni economiche ecc., ragioni tutte che contrasterebbero con l'opinione chiara e precisa che si ha sulla temibilità del male (al contrario di quanto si verifica per l'infezione blenorragica).

Consideriamo il caso più frequente e più suggestivo per la mentalità dell'ammalato: la famosa « sbucciatura » sospetta con sede ai genitali esterni. L'esame microscopico prontamente fatto mette in chiaro la natura sifilomatosa della lesione. Si inizia subito la cura, sotto l'influenza della quale in 15-20 giorni la lesione cicatrizza, nè altre manifestazioni, per quanto l'ammalato si osservi e faccia controllare, si rivelano di poi: lo stato generale permane immutato, anzi migliora spesso sensibilmente. Qui comincia il dubbio amletico del paziente: sono veramente sifilitico o non piuttosto vittima di un fatale errore? Chi ha larga pratica di ammalati e alquanta confidenza con l'indagine psicologica sa che questo stato d'animo si rivela più o meno ostensibilmente in quasi tutti, nella pratica terapeutica odierna, appena velato dagli osanna alla meravigliosa efficacia del rimedio. Da questo momento si delinea già il futuro indisciplinato. Non v'è autorità, prestigio di medico o di clinico che possa ovviare sul serio, e non soltanto per deferente, transitoria ed ingannevole condiscendenza, a questo pericolo; l'istinto, la logica affatto personale, la prepotente spinta di un interesse, finiscono per indurre spesso il luetico latente a dubitare dell'asserzione di chicchessia. Ho dovuto per mio conto non poche volte combattere l'ostinatezza di individui che, dopo qualche anno di perfetto benessere e cure irrisorie, tendevano ad infirmare la diagnosi fatta loro da insigni clinici nostri e stranieri. E talora, si capisce, si resta perplessi, soprattutto quando interferisce qualche giudizio discorde. Arduo e delicato è allora convincere della necessità che sia continuata e condotta a termine la cura incompleta, irregolare o insufficiente.

Questo dato di fatto mi porta alla seguente considerazione: che nell'interesse dell'individuo, e in quello superiore della società che ne consegue, si possa e si debba osservare certe cautele.

1) È anzitutto parere unanime che non si deve mai iniziare una cura antisifilitica prima di aver accertato in modo assoluto l'esistenza dell'infezione sifilitica. Si riscontrano intanto spesso, e per differenti ragioni note, pseudosifilomi e pseudoadeniti così suggestivi da poter indurre in errore i più esperti, onde la diagnosi non dovrebbe mai, *in nessun caso*, essere enunciata senza l'accertamento della presenza del virus specifico. Ma quest'accertamento, va tenuto presente, non è sempre così facile come potrebbe credersi: vi sono forme atipiche di spirochete refringens, dentium, spirochete di condilomi volgari, che possono seriamente indurre in errori diagnostici — ricorda l'illustre clinico di Bologna —. Da questo punto di vista la tecnica di colorazione rapida al Giemsa alcalinizzato appare preferibile al Fontana-Tribondeau, con o senza il soccorso del paraboloide.

Ma anche nei casi chiari, di piena evidenza clinica e microscopica, ritengo non sia senza utilità pel malato l'associarsi sistematicamente nel giudizio un collega di nota esperienza... e serietà. Un responso duplice e concorde assicura sempre più l'ammalato e lo dispone meno facilmente ad avanzare riserve in un avvenire più o meno lontano e nell'assenza di ulteriori eventi patologici; poichè non è solo necessario, come si dice, che la diagnosi sia ben accertata, ma parmi più necessario ancora che l'ammalato abbia e conservi nel suo interesse l'impressione della certezza della diagnosi enunciatagli.

2) Può darsi che non si riscontrino affatto spirochete, anche in ripetuti esami: « vi sono clinici che in siffatte evenienze non esitano a iniziare la cura » dice Martinotti. Ora due sono i casi: o non si comunica all'esaminato l'esito negativo della ricerca, e ciò non deve ritenersi corretto; o gli si comunica il dubbio derivante dal contrasto fra l'accertamento fallito e la propria impressione clinica e lo si cura: in questo caso si mette l'individuo in un imba-

razzo che può sboccare nell'indifferenza più o meno sollecita, pericolosa per sè o per altri. In ogni caso incerto, per caratteri clinici, per assenza di spirochete, non vi può esser luogo a discussioni: riservarsi il giudizio sulla natura luetica (mai escluderla a priori, anche quando negativa sia la ricerca, negativa una Wassermann, ma tenere in osservazione bisogna per tutto il tempo necessario), non iniziando la cura se non dopo accertamento clinico o sierologico, a meno che non sembri più opportuno, come sarebbe difatti, associarsi un collega nel giudizio e nelle responsabilità, allo scopo di rinunziare il meno possibile al beneficio di una cura precoce.

3) Altro caso è che l'individuo si presenti con sclerosi iniziale inoltrata ed, in più, adeniti ed esantema roseolico più o meno pronunziati. In questi casi è detto che volere la conferma della Wassermann-Hecht è oltremodo disdicevole. Se non che, specialmente quando ci si trovi in presenza di individui avanzanti subito riserve con accenno a certi disturbi digestivi recenti, ad eruzioni tossichè già altre volte sofferte, a iperplasie gangliari sempre esistite, espressioni che rivelino, per il tono più che per la loro essenza, uno stato d'animo proclive a porre in dubbio quando che sia l'ottenuto responso, ritengo che, non allo scopo di una veramente superflua conferma, ma nell'interesse esclusivo del soggetto si debba eseguire egualmente la Wassermann, la quale positiva (prima o dopo le prime iniezioni), e trascritta su un foglio, costituisce per l'ammalato la *carta da visita* della sua sifilide della quale non dubiterà mai. Ma meglio ancora sarebbe che questa pratica venisse addirittura generalizzata in tutti i casi di osservazione in presumibile fase siero-positiva. Difatti di fronte ad un andamento persistentemente asintomatico della malattia (1), per chi debba consigliare e sorvegliare ulteriormente l'andamento della cura da condursi a giusto termine, ovvero trattandosi di una reinfezione da accertarsi per interesse pratico, medico-legale, scientifico, è di non poco conforto al giudizio la conoscenza di un eventuale esame sierologico già *positivo*. « Si conoscono purtroppo casi, dice Martinotti, in cui l'infezione venne diagnosticata con troppa precipitazione. Così se ad es. risultasse (a proposito di reinfezioni) che è preesistito il solo sifiloma, possono sussistere dubbi sulla diagnosi di questo ». Per necessità di cose difatti, e data la lunga durata dell'infezione, non è possibile assai spesso che l'infermo stia sotto l'osservazione di un unico sanitario. Ora i successivi non son certo in dovere di credere all'infallibilità sopratutto quando l'ammalato faccia cenno a qualche difficoltà di diagnosi; epperò, ogni più piccola riserva mentale del genere può essere poco opportuna.

*
* *

Nel riflesso pratico poi delle discussioni che da più di un decennio a questa parte si sono intensificate circa il valore da accordarsi alla così detta *terapia abortiva*, con gli opposti pareri che ancora perdurano e le convinzioni personali che ne son potute derivare, bisognerebbe vedere un nuovo elemento capace di disorientare sempre più ed arrecare danno al luetico, all'infuori della sua sola volontà, il che è più grave. È chiaro che non è dalla discordanza di avvisi che il sifilitico latente possa trarre anticipato conforto e buona disposizione a prestarsi ancora disciplinatamente ai consigli prudenziali desiderabili, *per il momento in cui, ravvisando nel lungo silenzio clinico una prova di guarigione, intendesse sottrarsi definitivamente alla cura.* Difatti come conseguenza di questa disparità di vedute si nota già che il sifilitico corre oggi ad attingere pareri a più fonti, all'infuori del proprio curante, nel riguardo della durata da accordarsi alla sua cura iniziata *per tempo*.

Nelle risposte, di specialisti e non specialisti, è un caos: 18 mesi, due anni, tre anni... riserve variamente formulate (o non formulate affatto) e in ogni caso non del tutto rispondenti al minimo dei *desiderata* teorici che, specialmente per cure brevi, dovrebbero considerarsi *conditio sine qua non.* Si può pertanto esser certi che, fra diversi pareri, il luetico latente finirà nel 50 % per attenersi a quello che implica la minor durata di cura, e data la non lodevole consuetudine di far tara alle indicazioni mediche, la durata effettiva potrebbe anche risultare più breve della più breve consigliata, salvo tardive resipiscenze.

Una questione di tanta importanza non poteva non richiamare l'attenzione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, la quale già nella Riunione del decembre 1921, dopo esaurienti relazioni (Martinotti, Mibelli) e di-

(1) Il 50 % dei sifilitici va esente da manifestazioni cutanee: è questo uno stato di latenza che può in seguito estrinsecarsi con manifestazioni nette viscerali o nervose: dunque (Stern) nel 50 % dei casi la sifilide è malattia interna. I luetici a decorso cutaneo benigno sono quelli più predisposti alla tabe e alla paralisi generale (Fischer, Nonne, Plaut, ecc.). « Sembra dunque esistere un certo grado di antagonismo tra le forme di sifilidi interne e le forme che hanno invece tendenza a dare lesioni cutanee ».

scussioni, espresse le proprie conclusioni in merito, concretandole nel seguente o. d. g. Pasini, molto opportuno a richiamarsi (1).

« La Società It. di D. e S., udite le relazioni sulla cura abortiva della sifilide, riconosce che: lo stato attuale delle nostre conoscenze non permette di affermare con sicurezza la possibilità di una guarigione della sifilide *con una cura di breve durata per quanto intensiva*: mette in guardia il pubblico contro le illusioni e i danni di assolute assicurazioni al proposito, e ciò specialmente per quanto riguarda il matrimonio; pone in rilievo la necessità di una diagnosi *ben sicura* prima di iniziare ogni cura; riconosce il grande vantaggio che si istituisca senza indugi la terapia, la quale dovrà *metodicamente* essere continuata, proporzionalmente alle necessità e alle condizioni organiche individuali ».

La cura abortiva avrebbe dovuto esser giustificata da fatti presuntivi che potrei riassumere brevemente come segue:

1) Nel periodo affatto iniziale la lesione primaria, data l'esistenza di un secondo periodo d'incubazione di una certa durata, deve rappresentare una infezione ancora circoscritta. È possibile quindi troncare di un colpo l'infezione quando non si sia ancora generalizzata.

2) Considerando la RW. indice di presenza di reagine sifilitiche nel sangue, quindi di generalizzazione della malattia, ne deriva che la fase sieronegativa del primo periodo deve considerarsi espressione del momento in cui l'infezione si mantiene localizzata, regionale.

3) La RW. persistendo negativa durante e dopo la cura, opportunamente dosata e di particolare efficacia quale la salvarsanica e mercuriale o bismutica associate, può assumersi ad indice della mancata costituzionalizzazione dell'infezione.

4) Dato che il maggior numero di recidive (cliniche e sierologiche) si verifica nel primo anno, anzi nei primi mesi, quando un sifilitico curato abortivamente per un anno (o due) non ha presentato recidive, può considerarsi guarito.

5) La constatazione fatta da più parti di numerose reinfezioni seguìte alla cura abortiva, costituirebbe infine la prova decisiva del risultato positivo raggiunto dalla cura fatta con criterio abortivo.

Purtroppo, rileva Martinotti, la maggior parte dei clinici che si sono occupati della teoria abortiva antiluetica sorvolano o non trattano affatto troppo importanti e gravi problemi che essa coinvolge, mentre in realtà tali questioni sono fondamentali e imprescindibili dal *problema pratico* a cui si connettono.

1) Clinicamente già gli antichi osservatori avevano dovuto concludere che quando compare il sifiloma l'infezione è già, se non generalizzata, per lo meno estesa.

« Numerosi fatti ancor oggi dimostrano che, dal momento in cui l'infezione è entrata nel suo secondo periodo d'incubazione, il virus sifilitico ha già sorpassato la zona dell'infezione iniziale, regionale, ed è molto inoltrato nell'organismo » (Martinotti).

In altri termini « il sifilitico in stadio primario è già in preda ad un'infezione generale ». Ne consegue che « curando un individuo nella fase sieronegativa noi trattiamo un individuo in pieno periodo secondario, un'infezione generale nella sua prima invasione » (Mart.).

Per un periodo vario il virus sifilitico può circolare nel sangue senza dare il minimo segno della sua esistenza, e solo più tardi dar luogo a manifestazioni generali. Infatti, sperimentalmente, il sangue di pazienti ancora in fase sieronegativa ha potuto infettare di sifilide i conigli (Frühvald, Uhlenuth, Muelzer, Artz, Kerl); clinicamente, anche pochi giorni dopo l'apparizione del sifiloma, possono insorgere sindromi *preroseoliche*, notate da parecchi osservatori e costituite da: itteri precoci, nefriti, flebiti, periostiti, lesioni dell'ottico e dell'acustico, manifestazioni meningee, in concomitanza o meno a RW. positive precoci. D'altra parte nell'uomo basta talora esercitare un trauma su parti integre di cute per provocarvi, alla stessa epoca precocissima, l'apparizione di lesioni sifilitiche tipiche (Finger, Maiocchi, Jadassohn ecc.).

2) È la RW. una specie di firma della sifilide? o non è piuttosto un sintomo contingente? Non si può sapere con esattezza che cosa essa stia a significare, ma oggi si fa sempre più strada il concetto che rappresenti un particolare sintoma « una manifestazione del tipo della roseola, della gomma » (Chevallier). Mentre da una parte RW. *negativa* può aversi in pieno periodo di manifestazioni generali, potendo persistere tale anche dopo tentativi di riattivazione biologica (o diventa positiva solo dopo la comparsa dell'esantema), ed in periodo terziario con molta frequenza nelle sifilidi monosintomatiche circoscritte (oculari, cutanee, viscerali ecc.); d'altra parte RW. *positiva precocissima* si è potuta constatare, sia pure eccezionalmente, entro la prima settimana dalla comparsa del sifiloma (Reinhart,

(1) V. Giorn. It. Mal. Ven. e Pelle, 1922, fascicolo 2, pag. 367.

Gennerich), subito dopo la seconda settimana nel 30 % dei casi (Reinhart, Levaditi), prima ancora della comparsa del sifiloma nell'uomo (Lesser) e sperimentalmente nelle scimmie (Bruck, Stern).

3) Infine, recidive, anche di manifestazioni gravi, si sono avute anche nella cura abortiva, mentre persisteva la RW. *negativa* (Kerl, Freymann).

4) È decisiva la mancanza di recidive entro il primo anno?

La spirocheta può penetrare in organi o tessuti senza provocarvi fatti infiammatorii reattivi e vivervi per assai lungo tempo allo stato saprofitico, fors'anche sotto forme vegetative di resistenza, invisibili, insensibili agli attuali rimedi. Per mesi ed anni, anche molti, dalla scomparsa della lesione attiva possono persistere spirocheti reperibili nei residui cicatriziali, pigmentarii, ecc. (Pasini, Hoffmann, Arnig, Klein). Organi di sede preferita dalla spirocheta in periodo saprofitico (milza, midollo osseo, testicolo) nell'animale sifilizzato, possono infettare di sifilide, ancorchè lo stesso animale sia del tutto esente da fenomeni morbosi! (Neisser, Saydemann, Hoffmann).

Clinicamente, è notissimo, si può osservare la latenza protrarsi per molti anni — 15, 20, 30, fino al mezzo secolo e più —. Un individuo contrae la sifilide a 18 a.: non si è mai curato: per 47 anni non nota alcuna manifestazione: a 65 anni presenta finalmente una gomma della regione frontale (Nicolas). Un signore curato da me, or è qualche anno, contrae giovanissimo la lue a Londra: terapia esclusivamente pillolare e della durata di pochi mesi: nessuna altra cura, nessuna manifestazione mai, nè altre malattie importanti: 8 anni dopo contrae matrimonio: nessun aborto, figli tutti viventi e sani con prole sana: 36 anni dopo presenta una retinite centrale specifica dell'O. S. (prof. Bardelli); RW. iperpositiva, a lungo resistente. Un individuo presenta una gomma del corpo ciliare 30 anni dopo l'infezione, e dopo 5 anni di cura *regolare* (Tommasi). Sono questi esempi che inducono alla meditazione.

A seguito di terapia abortiva, recidive tardive sono state notate: al 3° a. (Lewin, Ravaut, Joltrain), al 4° a. (Björling), al 6° a. (Frühwald). E quanto al valore dei dati statistici di tali recidive va notato, osserva giustamente Martinotti, che già dopo il primo anno il numero dei malati che rimane all'osservazione di solito è molto diminuito, e dopo i due è grandemente ridotto.

Il trattamento abortivo, anzichè dunque impedire, può semplicemente ritardare le manifestazioni secondarie della lue, favorire la tendenza della spirocheta ad accantonarsi in « angoli morti »; *la presunta sifilide abortita può ben essere una sifilide latente.*

Si potrebbe anche ammettere che col trattamento abortivo le recidive raggiungessero veramente il loro massimo nel primo e secondo anno, ma « il breve periodo di osservazione non permette ancora di escludere la possibilità di qualche ricaduta tardiva, sia con lesioni viscerali o nervose, sia con manifestazioni cutanee a carattere secondario o terziario » (Mart.).

« La mancanza di recidive cliniche in periodo recente non avrebbe dunque che scarso valore; le reazioni sierologiche negative non avrebbero alcun valore » (Tommasi).

5) Quale può essere il valore delle reinfezioni osservate?

È noto che un'immunità vera e propria della sifilide non esiste: finchè l'organismo alberga virus sifilitico è refrattario verso nuove infezioni: non appena è guarito, diventa suscettibile di nuove infezioni.

Il numero delle reinfezioni pubblicate, a seguito di cure abortive, è tale che sembrerebbe che i contagi fossero diventati più frequenti fra i curati abortivamente che fra gli individui sani! osserva Martinotti. Ora un gran numero di queste reinoculazioni non resiste ad una critica serrata: si tratta talora di *superinfezioni* che, come rileva Tommasi, trovando un terreno con reazione assai vicina alla normale (non è il virus che provoca, ma l'organismo che reagendo in maniera diversa produce il tipo delle diverse manifestazioni), dànno fatti locali e generali simili a quelli per reinfezione vera; si tratta in altri casi di *pseudoreinfezioni* da subguarigioni (Neisser, Gennerich, Milian, Janselme), di recidive cioè monosintomatiche (superinfezioni spontanee autogene) che prendono il tipo di sifiloma perchè non si è formato nei tessuti quel particolare stato allergico (Gewebs-umstimmung di Neisser, disergia di Tommasi) che porta a manifestazioni di tipo secondario o terziario.

E qualora si vogliano considerare come effettivi certi casi di guarigione da cure abortive noi non sappiamo quanti fra questi rappresentino guarigioni spontanee « poichè la possibilità che possa verificarsi una guarigione spontanea della sifilide esiste, come può esistere anche quella che non tutte le sifilidi comunque curate siano suscettibili di guarigione » (Mart.).

Quanto dovrebbe durare la cura per rendere veramente attendibile la guarigione?

È in definitiva problematico poterlo stabilire.

Quale potrebbe essere la durata del periodo di osservazione? Il termine di 1-2 anni, dice il citato relatore, è insufficiente. Si è visto difatti come recidive si siano controllate anche dopo 5-6 anni.

Il malato, conclude Mibelli, finita la cura abortiva, sarà sorvegliato con la massima attenzione, prima mese per mese, e, di poi, gradatamente, a intervalli sempre più lunghi, e ogni volta ne sarà saggiato, con tutti i mezzi più fini e delicati, il siero di sangue e il liquido cefalo-rachidiano, previa iniezione provocatrice.

Però questa proposta fatta da Zimmern, di circondare di minute cautele le cure abortive, potrà aver poco successo, dice Freund. Aspettare infatti che la RW. ridiventi positiva per riprendere la cura, significa tornare alla cura opportunistica del passato, ed aspettare, per curare, il ritorno di una manifestazione sifilitica, cioè compiere un grave passo indietro nella cura della sifilide (Nicolas e Gaté); senza dimenticare che ci si potrebbe trovar di fronte a certe lesioni cliniche non iniziali ma completamente costituite e tali da rendere problematico il benefizio di una cura appropriata. In ogni teorica enunciazione di nuovi indirizzi terapeutici non bisognerebbe perdere di vista la loro attuabilità pratica. Ora, come si può sperare, osserva giustamente Freund, che luetici, per solito tanto indolenti di fronte alle nostre premure, comprendano l'importanza di tante indagini e trovino la pazienza necessaria a tanti esami di sangue... e di liquido cefalorachidiano?

Ho voluto prospettare i termini dell'interessante problema, riportando dati di incontrovertibile fondamento scientifico, pareri e sagge considerazioni di eminenti clinici.

Oggi, a distanza di 8 anni, nessun nuovo elemento è sopraggiunto che possa infirmarne il valore e l'opportunità; e non può esser diversamente, poichè noi non possediamo tuttora il mezzo atto ad accertare « quando l'individuo sia in stato di guarigione apparente e quando in stato di guarigione effettiva », ed in mancanza di questa possibilità decisiva, 30 anni di osservazione almeno occorrerebbero, dice Schmidt, per poter parlare di guarigione nei riguardi della terapia abortiva, dato il carattere di cronicità eccessiva di questa malattia veramente « implacable », coi suoi talora lunghissimi periodi di latenza (assoluta o relativa) che non trovano riscontro in alcun'altra malattia.

Può ben essere la nostra impressione così profonda da rasentare la certezza del successo, ma il tradurre il metodo in pratica è *ardimento che implica una ben grave responsabilità*, ed è contrario, come dice Pasini, all'interesse del paziente e ad una corretta profilassi sociale.

Di tutta questa questione, che prudenza vuole sia considerata sorpassata e tale da far apparire molto opportuno che non si parli nemmen più di *cura abortiva* per la sifilide (semplice aspirazione: Ducrey) non deve restare che il concetto di una necessaria cura precoce arsenobenzolica intensa il più possibile, non appena che la lesione primaria sia manifesta ma a diagnosi assolutamente certa (non solo per il medico, ma anche per l'ammalato, a mio modo di vedere), perchè realmente essa sembra migliorare le condizioni di guaribilità, e prescindendo praticamente da fasi sieronegative o positive; e « nell'incertezza del successo è necessario insistere nella *cura periodica* che ci assicuri del successo » (Maiocchi).

Nulla, nemmen la sifilimetria, permette quindi per ora di abbandonare nella sifilide la vecchia cura regolare, cronico-intermittente già stabilita da Fournier-Neisser (Nicolas e Gaté. *Monde Méd.*, ediz. ital., ott. 1929).

Durata media: 3-4 anni, almeno.

I fautori della cura abortiva del resto, cedendo passo passo all'evidenza dei fatti, han finito per accostarsi vieppiù al concetto di una cura prudenziale cronica, che, strano a dirsi, continuano a chiamare abortiva. Così ad es. A. Marras (*Ann. des Mal. Vénér.*, 1927) chiama abortive cure che egli prolunga per *tre* anni (con un complesso di 10-11 cicli curativi) più un anno di osservazione: trattasi di terapia precoce.

RIASSUNTO.

Si ravvisa la necessità di interessare sempre più il luetico alla sua malattia, rendendolo il meno possibile disposto a diffidare della diagnosi: ciò è tanto più opportuno oggi in quanto mezzi e criteri di cura tendono a rendere clinicamente muto il decorso della sifilide.

Si richiama all'opportunità di uniformarsi ai deliberati della Soc. Dermat. Ital. che sconsiglia la terapia breve fatta con scopo abortivo, raccomanda invece la cura precoce — come quella che dà il maggior affidamento per la guarigione — per necessaria e doverosa prudenza lungamente perseguita, come s'è fatto per il passato.

Firenze, 6 novembre 1929.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI RAVENNA.
SEZIONE CHIRURGICA, diretta dal prof. O. ORTALI.

Cinque casi di lussazione posteriore della spalla.

Dott. RICCARDO BABINI, assistente.

La lussazione posteriore della spalla è assai rara in confronto con quella anteriore. La sua frequenza, rispetto a quest'ultima, è stata valutata a circa il 2, o 2,5 %.

Loreta fu il primo, che illustrò con precisione, mediante esperienze sul cadavere, il meccanismo di produzione della lussazione posteriore. Egli dimostrò che poteva prodursi in due maniere diverse.

Nella prima maniera, si produce prima una lussazione anteriore e poi, facendo compiere al braccio un movimento di circumduzione dall'alto al basso e dall'esterno all'interno, si ottiene con facilità che la testa omerale giri intorno al margine inferiore della cavità glenoide e vada a porsi posteriormente, al di sotto dell'acromion. La testa omerale, durante la rotazione dall'avanti all'indietro, passa sotto il capo lungo del tricipite brachiale, che di solito rimane lacerato, come pure in parte può rimanere lacerato il gran rotondo.

Nella seconda maniera invece, la lussazione posteriore si produce direttamente. Piegato il braccio ad angolo retto sul tronco ed agendo sull'avambraccio, piegato anch'esso ad angolo retto sul braccio, si fa compiere all'omero un movimento di rotazione interna sul proprio asse e lo si spinge fortemente dall'avanti all'indietro.

Con questa seconda modalità non si ha, a differenza della prima, alcuna lacerazione di tendini o di muscoli, poichè la testa si fa strada tra il piccolo e il grande rotondo.

Che talvolta in realtà la lussazione posteriore possa essere secondaria ad una lussazione anteriore, lo dimostra il fatto che la lacerazione della capsula è stata trovata anche anteriormente (Jössel).

Più frequente però è la lussazione posteriore diretta, con lacerazione della capsula posteriormente.

La lacerazione della capsula invero non è sempre necessaria. Malgaigne ha illustrato lussazioni posteriori intra-capsulari permesse dallo scollamento della capsula unitamente al periostio.

I casi osservati in questa sezione dal prof. Ortali, sono in tutto cinque. Tutti e cinque appartengono alla varietà sottoacromiale. La sotto spinosa è invero eccezionalissima.

CASO I. — M. Achille, a. 65. Entra in sezione il 14 luglio 1925. È caduto dalla bicicletta sedici giorni fa battendo a terra con violenza la parte anteriore della spalla destra.

E. O. Si nota un notevole appiattimento della regione deltoidea, specialmente nella sua porzione anteriore. Il processo coracoideo si delinea più sporgente che di norma. Sotto l'acromion si nota una maggiore ripienezza che dal lato opposto. Il braccio è mantenuto addotto e ruotato all'interno. Ogni movimento è impedito, si può solo aumentare leggermente la rotazione interna. Avambraccio in pronazione.

Alla palpazione si nota il cavo ascellare completamente vuoto, la testa omerale si palpa posteriormente alla cavità glenoide, al di sotto dell'acromion.

Diagnosi: Lussazione posteriore sotto-acromiale della spalla.

Cura: Si ottiene la riduzione mediante trazione sul braccio leggermente elevato e abdotto, accompagnata da energica rotazione esterna. Fasciatura immobilizzante per dieci giorni.

CASO II. — R. Giovanni, a. 48. Entra il 20 luglio 1925.

È caduto a terra battendo direttamente il moncone della spalla dall'avanti all'indietro.

E. O. Braccio lievemente discosto dal tronco e in marcata rotazione interna. Profilo della spalla notevolmente alterato. Il margine esterno dell'acromion è nettamente prominente. Tumefazione sotto-acromiale. Movimenti aboliti salvo un aumento della rotazione interna. Cavità glenoide vuota.

La testa si palpa posteriormente sotto l'acromion.

Diagnosi: Lussazione posteriore sotto-acromiale della spalla.

Cura: Narcosi cloro-eterea previa iniezione di Paunevrol. Si ottiene la riduzione portando il braccio in abduzione ed elevazione e accompagnando la trazione con un movimento di rotazione all'esterno. Immobilizzazione del braccio in abd. e rot. est.

CASO III. — P. Luigi, a. 52. Viene ricoverato il 26 dicembre 1929.

È caduto a terra battendo violentemente la spalla sinistra.

E. O. Regione deltoidea sinistra molto appiattita sormontata in alto da un margine che si profila nettamente e che è dovuto al processo acromiale. Il cavo ascellare si palpa vuoto. La testa si palpa posteriormente, al di sotto dell'acromion. Il braccio è addotto e ruotato all'interno, l'avambraccio in pronazione è mantenuto flesso ad angolo retto dal P.

Diagnosi: Lussazione posteriore sotto-acromiale della spalla.

Cura: Si ottiene la riduzione abducendo il braccio, ruotando poscia fortemente all'esterno, mentre nel contempo si esercita una forte pressione sulla testa omerale dal da dietro in avanti. Immobilizzazione con fasciatura amidata.

Caso IV. — C. Teresa, a. 85. Entra in sezione il 24 dicembre 1927.

È scivolata sul terreno coperto di ghiaccio ed è caduta a terra battendo la spalla destra. È stata accompagnata all'Ospedale da alcuni passanti.

E. O. Il braccio è mantenuto un po' discosto dal tronco e ruotato all'interno; ogni movimento di elevazione e di abduzione è impedito. L'asse del braccio è diretto in alto e al di dietro della cavità glenoide. La regione deltoidea è limitata in alto da un margine netto dato dal delinearsi del margine esterno del processo acromiale e dalla clavicola.

Posteriormente si apprezza una tumefazione subito al di sotto dell'acromion, che alla palpazione si appalesa per la testa omerale.

Diagnosi: Lussazione posteriore sotto-acromiale della spalla destra.

Cura: Trazione e rotazione esterna del braccio che si è cercato di abdurre il più possibile. Si ottiene così con facilità la riduzione.

L'esame radiografico praticato dopo che si è ottenuta la riduzione non mostra alcun segno di frattura a carico dei capi articolari.

Caso V. — N. Giuseppe, a. 47. Entra il 13 luglio 1927.

È caduto in un fosso battendo violentemente la spalla sinistra.

E. O. Appiattimento notevole della regione deltoidea; la regione sotto-acromiale è invece sporgente. La spalla così, vista di profilo, sembra allargata. Il braccio è addotto e ruotato all'interno. La palpazione provoca dolore e fa percepire la testa omerale posta fuori della cavità glenoide, posteriormente ad essa.

Diagnosi: Lussazione posteriore sotto-acromiale della spalla.

Cura: Si riduce la lussazione mediante trazione in avanti e rotazione interna.

L'esame radiografico fatto dopo la riduzione non mostra alcun segno di frattura dei capi articolari della spalla.

Nei cinque casi sopra esposti il trauma che produsse la lussazione è costantemente dato dall'urto violento a terra del moncone della spalla, urto che il più delle vote si è potuto stabilire essere diretto dall'avanti all'indietro. Riesce spesso difficile avere dall'infortunato dati molto precisi sulla modalità della caduta. Di solito si apprende che il P. è caduto di fianco, battendo la spalla a terra. Questa deve essere in realtà la maniera più comune del prodursi della lussazione posteriore. Altre volte l'urto può essere trasmesso dal gomito o dalla mano, mentre il braccio trovasi in proiezione anteriore.

Secondo alcuni l'urto diretto sul moncone della spalla dovrebbe difficilmente dar luogo a lussazione per il fatto che la testa omerale è impedita ad uscire dalla cavità glenoide dal margine posteriore dell'acromion. Per girare l'ostacolo, la testa bisogna che riceva un impulso a ruotare internamente, ciò che si verifica ad es. nella caduta in avanti sul gomito, con rotazione di tutto il tronco intorno all'omero che fa da perno.

Noi crediamo tuttavia che anche con l'urto diretto sulla spalla, nella caduta in avanti, possa prodursi la lussazione posteriore. La testa omerale spinta fortemente contro la faccia posteriore della glenoide, ne sguscia fuori ruotando forzatamente e come su una guida, all'interno.

Da molti Autori sono state notate lesioni ossee e muscolari concomitanti.

Nei due casi 4° e 5° in cui fu eseguito, avvenuta la riduzione, l'esame radiografico, non fu riscontrata alcuna lesione dei capi articolari.

Negli altri casi, benchè non si sia ricorso all'es. radiografico possiamo desumere che non vi fossero lesioni ossee per la rapida guarigione ed il ripristino completo della funzionalità della spalla.

Il distacco della piccola e della grande tuberosità, sono le lesioni ossee che più di frequente sono state riscontrate associate a questo tipo di lussazione. Anche il bordo glenoideo posteriore è stato descritto distaccato in casi in cui anche il periostio era scollato, verificandosi così quella lussazione che Malgaigne chiama appunto intracapsulare.

Tuttavia il distacco delle tuberosità dell'omero non deve considerarsi molto frequente. Esso avviene di solito in occasione di traumi complessi; ad es. quando la lussazione posteriore è il risultato di una primitiva lussazione anteriore, per successivo scorrimento della testa intorno al margine inferiore della cavità glenoide (2ª maniera di Loreta), allora è facile che la piccola tuberosità, stirata violentemente dal sotto scapolare e dal piccolo rotondo, si distacchi. In questa forma di lussazione, come Loreta aveva indicato, si trova la lacerazione capsulare anteriore e la concomitante lacerazione del capo lungo del tricipite e del grande rotondo.

Per ciò che riguarda la diagnosi, si trova scritto che essa presenta difficoltà e che di solito questi traumatizzati vengono curati a lungo erroneamente per presunte contusioni o distorsioni della spalla.

A dire il vero non ci sembra che esista una vera difficoltà nella diagnosi. Il profilo della spalla non è così alterato come per la lussazione anteriore, ma è sempre dato di rilevare segni indubbi che rischiarano completamente.

L'atteggiamento assunto dall'infortunato è quello comune a molte delle lesioni traumatiche dell'arto superiore: avambraccio piegato ad angolo retto, sostenuto dalla mano del lato

sano. Di solito non si ha tumefazione notevole nè ecchimosi marcate. Il profilo della spalla, se pure non eccessivamente, è alterato. La spalla sembra più larga in senso trasverso della sana. Due salienze ossee divise da un solco, colpiscono all'ispezione; sono date dal margine esterno dell'acromion e dal coracoide.

Ma i dati più importanti e caratteristici che valgono subito a far diagnosi di lussazione posteriore sono:

L'accentuata rotazione interna dell'omero, il cui asse nel suo estremo superiore è diretto al di dietro della cavità glenoide.

Alla palpazione si trova una tumefazione sotto il bordo posteriore dell'acromion, tumefazione che, coi movimenti impressi passivamente al braccio, si appalesa per la testa omerale. La cavità glenoide invece si palperà vuota.

Nelle sub-lussazioni, nelle lussazioni cioè intracapsulari di Malgaigne, la salienza sotto acromiale della testa è poco pronunciata.

Bisogna in questi casi, mentre si palpa, tenere presente, che nella spalla normale, mentre sotto la metà anteriore del margine esterno dell'acromion, non si può affondare la mano per la presenza della testa omerale, subito all'indietro, sotto la metà posteriore e sotto l'angolo dell'acromion, esiste uno spazio depressibile (Hennequin). Ora quando esiste la lussazione, anche se questa è incompleta, lo spazio depressibile di Hennequin è scomparso ed al suo posto si trova la prominenza data dalla testa omerale.

Cura. — La riduzione della lussazione posteriore non presenta eccessiva difficoltà, se eseguita poco tempo dopo il trauma. Una trazione sostenuta sul braccio parzialmente abdotto ed elevato, accompagnata a rotazione all'esterno è sufficiente il più delle volte a ridurre prontamente la testa omerale entro la cavità glenoide.

In uno solo dei cinque casi sopra riportati, fu necessario ricorrere all'anestesia generale, dato il forte sviluppo muscolare del soggetto.

Ove la riduzione non si ottenga subito al primo tentativo, è buona norma esercitare, insieme alla trazione, una forte pressione direttamente sulla testa omerale dall'indietro all'avanti.

Queste manovre valgono, ben s'intende, nella più frequente lussazione posteriore diretta. Nei rari casi di lussazione posteriore secondaria a lussazione anteriore non sarà possibile con le manovre suddette far rientrare in sito la testa. Infatti nel suo giro di circumduzione intorno al margine glenoideo, essa è passata al disotto del capo lungo del tricipite e, a meno che questo non sia completamente lacerato, la testa ne rimarrà impedita a rientrare nella cavità articolare con una trazione diretta all'avanti, senza pensare poi che l'apertura della capsula si trova anteriormente.

In questi casi rari sarà dunque necessario ridurre prima la lussazione posteriore in anteriore e poi manovrare come per quest'ultima.

L'immobilizzazione dopo la riduzione della lussazione posteriore, sarà effettuata mantenendo il braccio in leggera abduzione ed in rotazione esterna.

CONCLUSIONI.

Si presentano cinque casi di lussazione posteriore della spalla avvenuta in seguito a trauma diretto sulla testa dell'omero.

Tutti i casi furono diagnosticati senza l'aiuto dell'esame radiografico per i seguenti sintomi ben evidenti:

Deformità della spalla. Adduzione, in alcuni casi molto accentuata, in altri meno, accompagnata da forte rotazione interna dell'arto.

L'asse omerale è proiettato all'indietro della cavità glenoide.

La riduzione riuscì sempre facile, previa o no narcosi del P., con trazione sull'arto abdotto e ruotando fortemente all'esterno.

In un caso, il 3°, la riduzione, che si stentava ad ottenere, fu aiutata dalla pressione diretta sulla testa omerale dal dietro all'avanti.

BIBLIOGRAFIA.

LORETA. *Conferenze cliniche sulle lussazioni traumatiche*. Bologna, 1874, pag. 129.

MALGAIGNE. *Traité des fractures et des luxations*, anno 1855, vol. II, pag. 531.

JÖSSEL. *Anat. Beiträge zur Kenntniss der Humeruslux. mit Fractur der Tuberkel.* Deutsche Zeitschrift f. Chir., Band IV, fasc. 2, a. 1874, pag. 124.

VALTANCOLI. *Sulla lussazione posteriore della spalla*. La chir. degli organi di movimento, v. IV, fasc. 1-2, pag. 171.

TIXIER. *Pathologie Chir.*, tome IV, Chap. VIII, Masson e C., édit.

PERIER. *Luxat. sous-acrom. incomplète de l'humérus*. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, a. 1878, pag. 112.

COMMENTI

A proposito della leishmaniosi negli adulti.

L'interessante osservazione clinica del prof. Pontano pubblicata nel *Policlinico*, Sez. prat., n. 49, 1929, interessante non solo perchè riguarda un uomo di 52 anni, ma anche perchè questi proviene dall'Abruzzo e perchè l'infezione non ha ceduto facilmente alle più alte dosi di tartaro stibiato che si siano finora adoperate da noi (30 ctgr.), m'induce a ricordare, a conferma delle conclusioni cui è giunto l'A., che nella provincia di Reggio Calabria, dove è molto diffusa la leishmaniosi così interna come esterna, i casi di Kala-azar negli adulti sono tutt'altro che rari. Il primo caso, riguardante una donna di 23 anni, lo pubblicai nel *Policlinico*, Sez. prat., 1925. Altri casi (individui di 22-33 anni) osservai in seguito, tutti accertati col reperto delle leishmanie nel succo splenico, e ne feci cenno al 2° Congresso di medicina e igiene coloniale tenutosi a Roma nell'ottobre scorso, ribadendo, come nel 1925, l'opinione, già espressa dal Gabbi prima del 1915, che la leishmania *Donovani* e la leishmania *infantum* sono la stessa cosa.

Però l'importantissimo caso del prof. Pontano dimostra ancora più chiaramente che « in Italia il Kala-azar non è esclusivamente infantile, ma che può colpire anche gli adulti ».

Dicembre del 1929.

Dott. P. TIMPANO.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

Una nuova forma clinica del diabete. Il diabete sospeso.

(P. ESCUDERO. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chir.*, t. I, n. 2, febbr. 1930).

Il diabete vien definito un turbamento permanente del metabolismo del glucosio.

Tre sono i periodi a traverso i quali passa questa malattia: nel primo periodo non c'è nè glicosuria, nè iperglicemia costante; esiste solamente una iperglicemia post-alimentare transitoria. Solo con l'ingestione di glucosio si può mettere in evidenza il turbamento del metabolismo.

Nel secondo periodo c'è iperglicemia costante, ma la glicosuria è nulla o debole (diabete occulto).

Il terzo periodo è quello di piena evoluzione della malattia. È bene appariscente la iperglicemia e la glicosuria e può aggiungersi la acidosi.

In genere i tre periodi si susseguono infallibilmente. Ma qualche volta l'evoluzione si arresta al primo periodo: si parla allora di forma sospesa o arrestatasi.

Come distinguerla dalla forma evolutiva al suo inizio? Un diabete che comincia si accompagna generalmente ad iperglicemia e glicosuria costante e fatto molto importante non offre all'osservazione nessuna di quelle complicazioni che di frequente appaiono nel corso delle forme croniche: favo, gangrena ecc.

Nei cinque malati studiati dall'A. e dichiarati affetti da diabete « sospeso » i soli disturbi manifesti erano: due casi di antrace, un caso di gangrena delle estremità, due casi di disturbi nervosi. A digiuno e sotto l'influenza di una alimentazione ricca di idrati di carbonio non esisteva nè glicosuria, nè iperglicemia. Solo la prova del glucosio era nettamente positiva e dimostrava l'esistenza del diabete.

L'A. ha cercato un fondamento sperimentale alla sua ipotesi e l'ha trovato nei risultati ottenuti con la pancreatectomia parziale nei cani. Tali animali così trattati restarono aglicosurici e normo-glicemici vivendo normalmente, ma si dimostrarono diabetici alla prova del glucosio o sotto l'influenza della gravidanza.

Resta dunque provata clinicamente e sperimentalmente l'esistenza di una forma clinica del diabete finora ignorata, il cosidetto: « diabete sospeso ». Esso si manifesta clinicamente con le complicazioni proprie del diabete e si mette in evidenza soltanto per mezzo della iperglicemia diagnostica.

VICENTINI.

Contributo allo studio della glicosuria renale.

(A. MUIR CRAWFORD. *The Lancet*, 3 sett. 1929).

Quando si trova una sostanza riducente nelle urine bisogna domandarsi se si tratta di glucosio e se il malato ha diabete mellito. Per stabilire se è glucosio basta la prova della fenilidrazina e della fermentazione. L'esistenza del diabete si può mettere in evidenza coll'anamnesi e la sintomatologia caratteristiche; l'inesistenza del diabete si potrà affermare solo dopo accurate ricerche. La frequenza della glicosuria è maggiore di quel che abitualmente si crede, perchè persistendo l'abitudine di fare l'esame su urine emesse la mattina, si raccolgono urine dopo parecchie ore di digiuno.

Importante fra le glicosurie non diabetiche è la glicosuria renale, che è anche chiamata diabete innocente, glicosuria senza iperglicemia, glicosuria trascurabile. Secondo Joslin si può definire come glicosuria persistente, relativamente indipendente dalla dieta, senza iperglicemia o altri sintomi del diabete. Graham ne distingue tre tipi: uno in cui lo zucchero eliminato nelle 24 ore è meno di 10 g., uno in cui esso varia da 10 a 30 g. e un terzo in cui lo zucchero compare nelle urine solo dopo pasti contenenti idrati di carbonio.

Normalmente il rene non elimina zucchero finchè la concentrazione di questo nel sangue rimane al disotto di 0,18 %. Nella glicosuria renale la soglia di eliminazione del glucosio è abbassata; quindi si può avere glicosuria permanente o anche solo alimentare.

È ormai stabilito che la glicosuria renale è più o meno innocua, e non richiede cure. Però ci sono alcuni problemi da discutere.

Causa dell'abbassamento della soglia renale in alcuni individui. Per MacLean la causa della glicosuria renale è oscura. Da ricerche sperimentali fatte sul cane da Hamburger e Brinkman risulta che la soglia renale per lo zucchero varia col variare del contenuto in K e Ca nel liquido circolante. Quest'ipotesi della dipendenza della soglia renale dalla composizione sanguigna fu studiata da Cammidge e Howard i quali l'avvalorarono colle loro osservazioni. Essi definiscono la glicosuria renale quella condizione in cui c'è eliminazione di zucchero nelle urine relativamente indipendente dalla dieta, in persone apparentemente sane con glicemia normale o subnormale e una diminuzione assoluta della calcemia. Essi almeno per qualche tempo modificarono la glicosuria colla somministrazione giornaliera di Ca e paratiroide. Muir Crawford somministrò queste due sostanze in due dei sei casi che egli riferisce: in uno non si ebbe alcuna modificazione, nell'altro si ebbe riduzione dell'eliminazione dello zucchero solo temporaneamente, cioè finchè durò la somministrazione dei medicamenti.

Possibile relazione con disturbi del sistema nervoso vegetativo. La somministrazione di florizina provoca glicosuria, che si manifesta con ipoglicemia; quindi da questo lato la glicosuria da florizina è analoga a quella renale. Però la glicosuria da fenilidrazina persiste anche con dieta priva di carboidrati e con fegato privo di glicogeno. Secondo alcuni il rene estrae ed elimina lo zucchero dal glucoside florizina, che si ricombina collo zucchero del sangue; secondo altri la florizina agisce come antagonista dell'insulina. Zuntz dall'osservazione che iniettando florizina nell'arteria renale di un cane c'è immediata eliminazione di zucchero dal rene iniettato mentre l'altro rene ne elimina solo dopo un certo tempo, deduce che la glicosuria da florizina è di origine puramente renale. Altri hanno emesso l'opinione che la florizina agisca sul rene per mezzo del sistema nervoso. Pare ormai stabilito che individui con irritabilità del sistema nervoso vegetativo mostrano una maggiore sensibilità alla florizina; maggiore sensibilità che fu trovata anche nel morbo di Basedow e in individui con anomalie del sistema neurovegetativo. Dünner e Mecklimberg hanno dimostrato che gli antagonisti del parasimpatico (calcio e atropina) hanno azione restrittiva sulla glicosuria da florizina, mentre gli stimolatori del parasimpatico (potassio e pilocarpina) hanno l'effetto opposto. Goldberg confermò questi dati coll'atropina (antagonista del parasimpatico) e osservò gli stessi effetti coll'ergotamina (antagonista del simpatico) e notò che l'azione associata di queste due sostanze aumenta la loro azione; per questo egli ritiene che la glicosuria da florizina dipende da stimolo vagale e simpatico e che la glicosuria renale dipende da disturbi del sistema neurovegetativo.

Muir Crawford osservò 4 casi di glicosuria renale in cui esistevano disturbi di questo sistema. La diminuizione della soglia renale per lo zucchero da alterazione neurovegetativa spiega l'ipocalcemia che si osserva; e la somministrazione di calcio in casi di glicosuria renale può essere efficace non solo per una modificazione fisica e chimica del sangue del malato, ma specialmente perchè diminuisce l'eccitabilità del sistema neurovegetativo.

Sintomi dovuti alla glicosuria renale o associati ad essa. Cammidge e Howard hanno notato nei malati di glicosuria renale una facile esauribilità al lavoro, probabilmente in rapporto coll'ipoglicemia. Altri descrivono fra i sintomi il « nervosismo » e la debolezza. Quattro malati di Muir Crawford avevano consultato il medico perchè avevano malessere non ben definito. Però ci sono malati di glicosuria renale che stanno apparentemente benissimo.

La glicosuria renale è in genere permanente e può durare anni senza il minimo disturbo. In tre malati di Crawford c'era debolezza accompagnata da disturbi nervosi; questi sin-

tomi scomparvero dopo prolungato riposo e, di più, una buona somministrazione di carboidrati non provocava più glicosuria. Ci possono essere quindi casi di glicosuria renale temporanea.

Glicosuria renale e vero diabete. Alcuni ritengono che la glicosuria renale possa trasformarsi in diabete vero, ma probabilmente questa è un'opinione errata. Ci sono però pochi casi di diabete mellito con soglia renale per lo zucchero bassa. Per ora possiamo affermare che non esiste una relazione nota fra glicosuria renale e diabete mellito. R. Lusena.

Sul modo di influenzare chirurgicamente il ricambio dello zucchero.

(Depisch, Hasenöhrl e Schönbauer. *Wien. Klin. Woch.*, n. 11, 1930).

Gli AA. ricordano i metodi operativi principali che sono capaci di modificare il ricambio dello zucchero. La legatura del principale condotto di escrezione (Alpern e Leites) del pancreas, cui segue una diminuzione dello zucchero nel sangue, un aumento della tolleranza per gli zuccheri e una tendenza all'accumulo dei grassi. La legatura in massa del pancreas, in corrispondenza della testa e rispettando i vasi (Mansfeld) cui seguono gli stessi effetti; è chiaro dunque che a questi interventi chirurgici segue uno stato di iperinsulinismo; varie ricerche sperimentali sembrano confermare questa ipotesi, e nel 1927 il Linhard ne ha tentato l'applicazione nell'uomo con risultati però piuttosto sfavorevoli, in complesso.

La legatura bilaterale dei condotti di escrezione delle parotidi che avrebbero dovuto determinare uno stato di ipoglicemia acuta è stata anche applicata nell'uomo dal Goljanitski, senza alcun vantaggio.

Infine Ciminata ha dimostrato che nei cani resi diabetici con l'asportazione totale del pancreas la denervazione completa dei surreni ha fatto cadere il tasso glicemico, scomparire la glicosuria e crescere il peso del corpo; ma l'applicazione pratica di questo sistema incontra naturalmente la maggiore difficoltà nel pericolo di determinare una insufficienza acuta surrenale.

Gli AA., basandosi anch'essi sul principio di indebolire l'antagonismo insulinico, propongono di tagliare i nervi vegetativi che decorrono nel legamento epato-duodenale, interrompendo così una buona parte delle fibre vagali che vanno al fegato e tutte quelle simpatiche. Scopo di questo intervento sarebbe l'eliminazione dell'azione antinsulinica del fegato, onde un sopravvento del sistema insulare pancreatico e modificazioni favorevoli nella curva della glicemia sperimentale. La puntura del *Calamus scriptorius* (Cl. Bernard) che, come è noto, provoca iperglicemia, manca al suo effetto se si tagliano i nervi splacnici che vanno al fegato. Infine gli esperimenti sui cani parzialmente spancreatizzati ha confermato la possibilità di influenzare il ricambio degli zuccheri mediante l'interruzione di queste vie nervose; onde gli AA. concludono, che effettivamente il loro metodo avrebbe la proprietà di agire sul fegato diminuendo la eliminazione dello zucchero.

Praticando poi la simpaticectomia periarteriosa nelle estremità di un cane gli AA. hanno potuto osservare una caduta della glicemia ecc., che spiegano con lo stesso ordine di fenomeni: taglio delle fibre simpatiche che impediscono la fissazione dello zucchero circolante nei tessuti, aumento perciò dello zucchero nei tessuti stessi e, logicamente, diminuzione di questo nel sangue, anche in questo caso dunque, l'antagonismo insulinico è superato dall'intervento operatorio.

Oggi il fegato torna in onore nella patogenesi del diabete; v. Noorden parla di una aumentata produzione di zucchero, Falta di una diminuzione nella inibizione all'eliminazione dello zucchero e per entrambi la sede del disturbo è il fegato. Onde il metodo proposto dagli AA., rivolgendosi a questo organo, si armonizza alle vedute moderne, per lo meno tedesche, sull'argomento. V. Serra.

CUORE.

L'infarto del miocardio a forma anginosa.

(E. Donzelot e R. Boucomont. *La Presse médicale*, 5 marzo 1930).

L'infarto del miocardio, complicazione frequente della coronarite a tendenza stenosante, si manifesta clinicamente con una sindrome essenzialmente polimorfa. Vi è però una forma che si distingue dalle altre per una sintomatologia netta ed è la forma *anginosa*, di cui la diagnosi, relativamente facile, può essere confermata dai dati elettrocardiografici; inoltre è da rilevarsi che questo accidente, sebbene grave, può guarire.

La sindrome clinica.

È nettamente caratterizzata da un insieme sintomatico che comprende tre segni costanti: il dolore costrittivo, l'abbassamento della pressione arteriosa, la febbre; un altro segno eccellente, ma incostante è lo sfregamento pericardico. Vi sono poi altri segni interessanti, ma di minore importanza.

Il *dolore* che apre brutalmente la scena è del tipo anginoso e dura delle ore o dei giorni, in modo continuo o con fasi di calma e di esacerbazione. Si può avere addirittura uno stato di male anginoso con parossismi. Il dolore è talmente acuto da essere torturante ed i malati che soffrivano in precedenza di angina da sforzo lo distinguono nettamente. Può presentare, ma in modo incostante, delle irradiazioni lontane.

La *caduta della pressione arteriosa* si pro-

duce generalmente all'inizio della crisi anginosa e comprende la massima come la minima, pure essendo maggiore per la prima; una pressione iniziale di 22/12 può arrivare in poche ore a 11/9.

La *febbre* è più tardiva e compare al 2°-4° giorno; generalmente moderata, 38°-38°,5, costante, di patogenesi discutibile.

Lo *sfregamento pericardico* è un segno caratteristico di infarto del miocardio; compare dopo qualche giorno e si manifesta come un rumore di va e vieni, generalmente discreto e soprattutto fugace; va perciò ricercato minuziosamente, mattino e sera durante i primi giorni. Talvolta però esso manca, in quanto che, per la sua produzione è necessario che l'infarto sia parietale ed affiori ed irriti il pericardio.

All'esame del cuore, si hanno altre indicazioni interessanti. Generalmente, si ha *tachicardia*, di 100-120 al minuto, talvolta con ritmo di galoppo ed extrasistoli. Ma ciò che colpisce, all'ascoltazione, è lo smorzamento dei suoni cardiaci, che sono come lontani.

I *disturbi gastro-intestinali* (nausee, vomiti, meteorismo addominale) possono essere notevoli ma non rischiarano la diagnosi; sono, del resto, incostanti.

I *disturbi polmonari* sono pure incostanti e consistono, per lo più, in una crisi di edema polmonare.

Caratteristico, per questi malati, è il colore plumbeo, livido che, insieme alla caduta della pressione arteriosa ed alla tachicardia, può dare un vero stato di « shock ».

LA SINDROME ELETTROCARDIOGRAFICA.

Può dividersi schematicamente in tre periodi:

1) si inizia con i primi accidenti ed è caratterizzata da una grande onda monofasica, che si eleva a cupola e si innesta sul segmento discendente di R, e talvolta lo oltrepassa per raggiungere la linea iso-elettrica, dopo avere descritta una curva a larga convessità. Tale onda, che secondo Pezzi è patognomonica, non è una deformazione di T, ma una nuova onda, prodotta da una corrente speciale d'irritazione, che nasce in corrispondenza del focolaio di necrosi miocardica.

Tale periodo però è assai breve ed è, quindi, assai difficile poterlo sorprendere;

2) l'onda T si sviluppa man mano dalla grande onda monofasica primitiva, la quale diminuisce di ampiezza per diventare niente altro che un segmento curvilineo a convessità superiore, precedente un T rovesciato, in una o più derivazioni. Questo periodo può durare 2-3 mesi;

3) i complessi si vanno ravvicinando alla normale, in seguito a modificazioni dell'onda T, quasi sempre di senso opposto, in prima e terza derivazione. Si hanno diversi modi di raggruppamento, fino ad aversi dei T negativi nelle tre derivazioni (fatto però raro).

Tale periodo dura molto a lungo.

La sindrome elettrocardiografica regredisce man mano che le lesioni vengono cicatrizzandosi; il più spesso persiste assai a lungo un'inversione di T, in una o più derivazioni.

DIAGNOSI E PROGNOSI.

La diagnosi non presenta difficoltà quando le due sindromi, la clinica e l'elettrocardiografica si sovrappongono; viceversa può essere assai malagevole specialmente allorchè la sindrome clinica non è completa. Occorre allora molta prudenza ed abilità, il che non toglie che dall'analisi accurata dei sintomi si possa arrivare alla diagnosi. Soprattutto si tenga presente il carattere del dolore, diverso da quello dell'angina da sforzo e che non cede nè al nitrito d'amile, nè alla morfina. Così pure la caduta della pressione arteriosa, per la sua cronologia, per il suo grado e per la persistenza ha dei caratteri che non si trovano in altre sindromi. Così pure, lo sfregamento pericardico, se si arriva a percepirlo, ha grande importanza.

La prognosi, evidentemente, è assai grave; per molto tempo, si è considerato l'infarto del miocardio come assolutamente fatale, mentre oggi si sa che vi possono essere delle guarigioni; gli AA. ne contano 3 su 14 casi. La morte, secondo gli AA., è frequente nelle prime tre settimane, in cui è soprattutto da temere la sincope. Passato tale periodo, l'accidente può considerarsi in via di guarigione.

IL TRATTAMENTO.

Deve avere tre scopi essenziali: evitare la sincope, calmare il dolore, sostenere il miocardio ed, in generale, tutto il circolo.

Riposo completo in letto per almeno un mese, somministrando senza parsimonia morfina ed altri calmanti. Digitale e strofantina, per via orale ed a dosi moderate. Se però compaiono dei segni di debolezza acuta del miocardio, si ricorra alle iniezioni endovenose di uabaina ed, in caso di edema polmonare, al salasso d'urgenza. L'adrenalina, per iniezioni endomuscolari, avrebbe un'azione favorevole.

fil.

Pseudo valvole dell'endocardio parietale nei vizi aortici.

(H. KRASSO. *Frankf. Zeitschrift f. Path.*, XXXVII, 1, 2).

Talora possono osservarsi sulla parete sinistra dell'endocardio del setto delle saccocce che hanno la forma di valvole, ma che sono delle formazioni callose dovute alle correnti sanguigne che rigurgitano nei vizi valvolari aortici.

Su tali pseudovalvole richiama l'attenzione

l'A., il quale distingue due formazioni pseudovalvolari: quelle sistoliche e quelle diastoliche. Le prime, che presentano l'apertura verso la punta del cuore, sono dovute al rimbalzo violento del sangue sistolico del cuore dilatato sulla parete del setto; quelle diastoliche invece sono prodotte dal refluire del sangue per l'insufficienza delle valvole aortiche. CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. SALVIOLI. *Malattie infettive esotiche. (Trattato italiano di Igiene)*. Un vol. in-8°, di pag. 281, con 107 fig. Unione tipografico-editrice, Torino, 1929. L. 28.

Lo studio delle malattie infettive esotiche si rende sempre più necessario ora che sono tanto aumentati e resi sempre più rapidi i rapporti con i paesi caldi; esso è inoltre interessante per l'Italia perchè alcune di tali malattie si presentano anche nel nostro paese.

L'A. ci dà con questo libro una succinta ma completa descrizione di tali malattie, suddividendo la materia in cinque parti: M. da protozoi, M. da virus non bene definiti, M. da spirochete, M. da funghi, M. da schizomiceti. Trattazione chiara, numerose figure dimostrative, in parte originali, indicazioni pratiche sulla diagnosi, profilassi, terapia rendono questo libro un valido aiuto per l'igienista ed, in genere, per il pubblico medico. *fil.*

C. M. BELLI. *Igiene coloniale*. Un vol. in-8° di 235 pag. con 75 fig. Unione tipografico-editrice, Torino, 1929. Prezzo L. 25.

Dopo una descrizione delle caratteristiche delle nostre colonie, l'A. parla dell'azione fisiologica e patologica dei climi caldi, accenna a larghi tratti alle malattie infettive e parassitarie, agli animali ed alle piante velenose, passando poi all'igiene urbana, alle abitazioni, all'importante problema dell'alimentazione. Da ultimo, tratta l'igiene individuale e quella delle spedizioni militari e delle esplorazioni.

Ora che l'interesse per le questioni coloniali si va facendo sempre più vivo da parte degli italiani, questo libro del chiaro autore verrà utilmente consultato da quanti si interessano dell'argomento. *fil.*

L. SESTINI. *Profilassi dell'emigrazione*. Un vol. in-8° di 227 pag., con 42 fig. e 3 tav. Unione tipografico-editrice, Torino, 1929. Prezzo L. 25.

Sebbene, per un complesso di cause il fenomeno migratorio si sia venuto attenuando da noi in questi ultimi tempi, esso è stato ed è tuttavia di notevole importanza per l'Italia. Vasti e complessi sono i problemi che esso suscita e che esigono una perfetta organizzazione dei servizî per assicurare, da un lato il massimo benessere all'emigrante e proteggere, dall'altro, la pubblica salute dall'importazione di morbi, esotici e non.

L'A. che è stato per lungo tempo alla dirigenza di questo importante servizio, con la perfetta conoscenza della materia, anche dei tortuosi meandri burocratici e legislativi, esamina in questo volume del « Trattato italiano di Igiene » il fenomeno migratorio nelle sue linee generali. Tratta poi la profilassi dell'emigrazione, specialmente quella che si compie per via di mare, la polizia sanitaria portuaria, la legislazione sanitaria marittima, riportando anche i diversi moduli usati. Trattato esauriente e completo sull'argomento che interessa non solo gli igienisti, ma chiunque si occupi del problema demografico. *fil.*

G. AIELLO. *Preliminari di medicina sportiva*. Vol. in-8° di 50 pag. con fig. e tav. Arti grafiche, E. Calamandrei, Milano 1930.

La medicina sportiva, con la crescente passione per lo sport, incomincia anche da noi ad interessare il pubblico medico, giustamente preoccupato per i gravi danni che può provocare un esercizio fisico non adatto od eccessivo, mentre è convinto dei grandi benefici che si possono avere da uno sport bene esercitato.

Vediamo con piacere che il prof. Aiello, della Clinica del Lavoro di Milano inizia con questo primo fascicolo la trattazione della medicina sportiva, studiando il cuore e la fatica, con tutti i sussidi della tecnica medica moderna, negli individui di diverse costituzioni ed in diverse condizioni di affaticamento.

Auguriamoci che, a questo primo lavoro, facciano presto seguito altri che diano ai medici pratici un indirizzo in questo campo interessante. *fil.*

Primo Corso teorico-pratico per le vigilatrici sanitarie fasciste. Un vol. in-8° di 650 pag. Off. tip. La Vittoria, Catania, 1929.

È una raccolta delle lezioni tenute per cura della Delegazione provinciale dei Fasci femminili di Catania, sotto la Direzione del dott. V. PANTÒ. Vi sono trattati i seguenti argomenti: 1) « Anatomia e fisiologia dell'uomo » (S. ANNINO). 2) « Elementi di Puericultura » (P. VERGATA). 3) « Assistenza igienico-sanitaria scolastica » (V. PANTÒ). 4) « Nozioni di patologia medica » (A. COCO). 5) « Pronto soccorso medico » (D. PAPALIA). 6) « Pronto soccorso chirurgico » (G. VEUTRO).

Come osserva nella prefazione il prof. DI MATTEI, trattasi di un « libro completo, buono, serio, utile », che può bene servire di guida per tutti i corsi di istruzione per l'assistenza sanitaria ed il pronto soccorso. *fil.*

Archiv für Gewerbepathologie und Gewerbehygiene. Vol. I, fasc. I. Un vol. in-8° di 302 pag. con 64 fig. J. Springer, Berlin, 1930. Prezzo Mk. 38.

La Casa editrice Springer viene ora pubblicando, in aggiunta al *Zentralblatt f. Gewerbehygiene und Unfallverhütung*, un archivio, in cui si contengono le memorie di maggior

mole, vere monografie che trattano esaurientemente un dato argomento.

Segnaliamo in questo primo numero i seguenti lavori: « Riflessioni su alcuni problemi di medicina industriale » (L. Carozzi). « L'asbestosi polmonare, studio medico-sociale » (Sir Th. Oliver). « Sui moderni mezzi solventi » (H. Zangger). « Clima e lavoro; ricerche preliminari metodiche » (W. Strauss). « Contributo alla miopia professionale » (Teleky e A. Thier). « La diagnosi differenziale della silicosi nelle radiografie ed i pericoli della soffieria a sabbia » (Lochtkemper).

L'importanza della patologia industriale, la vasta estensione che essa ha ora preso, i suoi scopi, i suoi metodi sono presi in esame da H. Zangger, nell'introduzione in cui si espongono anche gli scopi di questa pubblicazione, di cui la conoscenza è essenziale per chiunque si occupi della medicina del lavoro.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 10 aprile 1930.

L'azione del simpatico e del vago sul canto del gallo.

Prof. Motta. — L'O. espone brevemente i nuovi studi da lui fatti sull'argomento.

Il brivido come equivalente dell'accesso malarico.

Dott. V. Vanni. — L'O. descrive un interessante caso in cui l'equivalente dell'accesso malarico era rappresentato dal solo brivido, in completa apiressia, con comparsa in circolo di parassiti. Si trattava di infezione mista. L'O. descrive la probabile patogenesi del raro fenomeno.

Tutore amovibile nel trattamento ambulatorio delle fratture di gamba.

Prof. C. Marino Zuco. — L'O. posti in rilievo alcuni inconvenienti del metodo ambulatorio di Delbet, mostra un apparecchio amovibile da lui ideato per completare tale trattamento. L'apparecchio mentre assicura la contenzione dei frammenti, consente al paziente di camminare con la scarpa e di usufruire dei beneficii dei bagni caldi tanto sulla cute che sull'attività del callo osseo.

La pneumoventricolografia in due casi di affezioni endocraniche.

Dott. M. Santoro. — L'O. narra di aver praticato i metodi descritti da Dandy e da Bingel in due casi di sindrome tumorale endocranica, di difficile diagnosi. All'esame radiologico e clinico si era giunti alla diagnosi di tumore cerebrale, senza poter perfettamente localizzare la malattia. Nel primo caso trattasi di una giovane entrata in Ospedale, perchè in poco tempo, dopo periodi di cefalea, aveva avuto progressiva diminuzione fino a completa abolizione del visus, con grave papilla da stasi, vomito e vertigini. L'esame radiologico fece notare un notevole svasamento della sella turcica ed appiattimento del seno sfenoidale. La ventricolografia eseguita secondo Dandy mise in evidenza un notevole ingrandimento dei ventricoli e fece porre diagnosi di idrocefalo interno. Fu praticata una puntura occipitale secondo Anton Schmieden; la malata ha risentito notevole giovamento, con scomparsa della cefalea, del vomito, delle vertigini e con miglioramento del visus. La ventricolografia in questo caso non ha provocato gravi disturbi alla malata, tuttora vivente ed un po' migliorata. Nel secondo caso trattasi di un uomo che in seguito alla caduta da un albero ebbe sindrome di aumentata pressione endocranica senza che peraltro si notassero lesioni traumatiche delle ossa del cranio, nè lesioni distrofiche o distruttive di esse.

Il malato venne in Ospedale, dopo circa due mesi dalla caduta, con emiparesi degli arti di sinistra, cefalea, sonnolenza. Una puntura lombare non dimostrò alterazioni del liquor la cui pressione però era aumentata. Una encefalografia praticata alla Bingel dimostrò una mancata iniezione gassosa della parte anteriore del ventricolo laterale di destra e una diminuita trasparenza della metà destra del cranio. Il malato andò sempre peggiorando e morì dopo circa venti giorni dall'intervento pneumodiagnostico. All'autopsia si è trovato un grosso ematoma incapsulato che comprimeva i lobi frontali e parietali e parzialmente il lobo occipitale di destra.

Un intervento operatorio precoce avrebbe potuto dopo la localizzazione encefalografica, salvare il malato.

Contributo alla terapia chirurgica della lussazione abituale della rotula con il metodo Krogius-Ménard.

Prof. A. D'Avack. — L'O. descrive un caso da lui operato e seguito per molti anni.

Di un reperto anatomopatologico non comune in una pleurite purulenta.

Dott. Eva Ghiron Pezzuto. — C. A., di anni 30. In un caso di pleurite purulenta operato dal prof. Margarucci al secondo Padiglione al Policlinico, e in occasione di un secondo intervento, furono rilevate sulla pleura viscerale numerose vegetazioni grosse come fagioli, alcune delle quali peduncolate, di colorito giallo chiaro, poco sanguinanti. Asportate alcune, con innesto nelle cavie si stabilisce la natura non tbc. del processo. I preparati microscopici dimostrano un tessuto formato di numerose papille con epitelio cilindrico alto, vasi arteriosi e venosi, molti elementi linfoidi, accumulati a formare follicoli solitari; molti leucociti a nucleo polimorfo, eosinofili e plasmacellule; il tutto in uno stroma connettivale con ialinosi. A maggiore ingrandimento si nota l'epitelio che si approfonda a formare veri otricoli ghiandolari con epitelio piatto, cubico e cilindrico e sulla superficie libera sfrangiature che ricordano sottili ciglia vibratili. Queste pseudo-ghiandole si ramificano in diverticoli minori. Si tratta di tessuto di reazione a una infiammazione cronica non specifica. Tale reperto è stato trovato, in misura molto minore, da altri autori in pleuriti meccaniche procurate sul cane: nell'uomo, nel decorso di pericarditi croniche e nella pleura dopo un oleotorace terapeutico (formazione di villi). Si poteva pensare alla natura neoplastica delle papille del paziente per il loro aspetto macroscopico, ma questa ipotesi va scartata per l'andamento clinico (atrofia spontanea delle rimanenti papille, guarigione del paziente) e per il reperto microscopico.

La disserente vivamente ringrazia il prof. Margarucci che l'ha guidata nelle ricerche e il prof. Dionisi che ha esaminato i preparati.

R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo.

Seduta del giorno 22 Marzo 1930
Presidente: Giuffrè

Gli autofiltrati alla Besredka nel trattamento dell'uretrite cronica con gonococco.

Tardo prof. Gian Vito. — L'O., si è servito di autofiltrati polivanti per liberare dal gonococco l'uretra di sei infermi affetti da uretrite cronica ribelle alle cure svariate. L'autofiltrato polivalente è stato instillato mediante instillatore sulla mucosa malata. In tutti i sei casi l'A. ha ottenuto la guarigione.

L'autofiltrato agirebbe modificando il terreno nel quale sono annidati i germi.

L'A. crede che con tutta probabilità questo metodo biologico riesce a sterilizzare l'uretra nei casi in cui tutti gli altri metodi di cura falliscono.

Sulle alterazioni istologiche della retina e del nervo ottico nella intossicazione sperimentale da alcool, da tabacco e da tabacco ed alcool.

V. Accardi e B. Alajmo. — Gli OO., hanno eseguito tre serie di esperimenti: sugli animali (conigli) avvelenandoli cronicamente con alcool, con fumo di sigarette, con alcool e tabacco. La durata degli esperimenti è stata da 15 giorni a quattro mesi circa. All'esame istologico del nervo ottico, con il metodo di Marchi, hanno rilevato negli animali trattati più a lungo, degenerazione del fascio centrale delle fibre nervose. Il processo degenerativo, in taluni casi, andava degradando dalle porzioni retrobulbari verso la estremità chiasmatica del nervo ottico.

L'esame anatomico della retina, con il metodo fotografico di Ramon y Cayal, ha mostrato alterazioni sia del reticolo neurofibrillare delle cellule ganglionari, sia di tutto il complesso sistema fibrillare estracellulare. Modificazioni delle zolle di Nissl, studiate con il metodo di Lenhossek, sono state osservate nelle cellule ganglionari retiniche di tutti gli animali trattati: le alterazioni delle zolle di Nissl sono state più evidenti negli animali della prima e della terza serie.

Gli OO. giudicano che il risultato positivo delle loro ricerche, contrariamente a quello ottenuto da altri, sia dovuto alle modalità di somministrazione dei tossici: avvelenamento prevalentemente cronico con alcool, intossicazione tabagica determinata dalla inspirazione del fumo di tabacco e per ciò con assorbimento di tutte le sostanze intermedie della combustione del tabacco, alle quali gli OO. attribuiscono notevole importanza nella genesi della ambliopia tossica alcoolico-tabagica.

L'azione delle sostanze tossiche si svolgerebbe su tutto il terzo neurone ottico, cioè simultaneamente sulle cellule ganglionari della retina e sui loro cilindrassi, in un primo tempo apportando modificazioni regredibili per la sospensione del tossico ed in secondo tempo determinandone la degenerazione.

Su di un nuovo anestetico locale: la percaina.

Tardo prof. Gian Vito. — Le qualità anestetiche della percaina sono superiori a quelle di tutti gli altri anestetici locali in uso, sopratutto per la più lunga durata dell'anestesia e per l'assenza di tossicità delle debolissime soluzioni che occorre adoperare.

Risponde benissimo negli interventi chirurgici (anestesia per infiltrazione); nella pratica urologica (anestesia in superficie) è di grande aiuto, potendo, mediante essa, eseguirsi senza vero e proprio dolore, indagini diagnostiche e cure. A. Cusumano.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 20 marzo 1930.

Sindrome simpatica cervicale posteriore.

Prof. A. Lunedei. — L'O., esposta la sintomatologia che consegue all'intervenire di stati di eccitazione e di paralisi del plesso della vertebrale, quale risulta dai casi che si trovano descritti nella letteratura medica e dei casi osservati dall'O. stesso, presenta un caso con associazione di sindrome simpatica cervicale posteriore e di sindrome di Lermoyez (la vertige qui fait entendre), entrambe monolaterali destre.

Per tale associazione l'O., prospetta e discute la tesi che, in presenza di particolari condizioni predisponenti, la sindrome di Lermoyez possa essere talvolta dovuta allo stato del plesso della vertebrale, uno dei sintomi perciò della sindrome simpatica cervicale posteriore.

Partecipano alla discussione i proff. Salmon e De Vecchi B.

Osservazioni sulla morfologia del bacillo tubercolare.

Prof. A. Terzani. — L'O., nel corso delle sue ricerche sui terreni di cultura per il bacillo di Koch si è imbattuto in una cultura su terreno Petragnani la cui patina al 21° giorno si presentava più umida, più grigiastra, più piatta: un esame di striscio colorato secondo lo Ziehl metteva in evidenza pressochè assolutamente delle forme acido-resistenti portante ai due poli due sferule più intensamente fucsinofile: trapiantando al 30° giorno si ebbero le stesse forme ma più esili e in parte sostituite da alcune forme a tipo di streptococchi in catena: trapiantando in 60ª giornata si ebbero forme ancora più minute quasi di 2 sferule unite da un appena visibile ponte protoplasmatico mentre numerosi apparivano granuli liberi acido-resistenti pure.

Le ricerche a questo punto furono interrotte perchè la collezione è andata distrutta da un guasto al termostato.

Esito raro di ulcera gastrica.

Dott. G. Patrassi e dott. G. Scotti. — Gli OO., illustrano un caso di ulcera del cardias impiantata in stomaco fortemente ectasico per ulcere callose piloriche, e che ha condotto a morte il p. per rottura in cavità pleurica e emotorace consecutivo.

Seduta del 3 aprile 1930.

Indagini e considerazioni cliniche sulla diatermia della tiroide nella terapia delle metrorragie essenziali.

Prof. G. Paroli. — L'O., tratta con applicazioni di diatermia sulla regione tiro-paratiroidea i casi di metrorragia della pubertà e trova che l'attività della tiroide, determinata con l'esame del metabolismo basale, si esalta in primo tempo per-

ricadere poi allo stato precedente dopo qualche mese. Ugualmente si comportano i risultati clinici, soddisfacenti all'inizio per annullarsi in seguito col cadere del M. B.

L'O., ritiene da preferirsi nella terapia delle metrorragie del climaterio la röntgen-radiumterapia sterilizzante ovarica.

La diatermia della tiroide come cura dell'albuminuria e dell'eclampsia gravidiche.

Prof. G. PAROLI. — L'O., propone come nuovo trattamento terapeutico dell'albuminaria e della eclampsia gravidiche, l'irradiazione diatermica della regione tiro-paratiroidea. Finora egli ha trattato con buoni risultati casi di albuminaria grave in gravidanza in evoluzione, e casi di albuminaria ed eclampsia conclamata in puerperio. Ritiene prudente seguire il trattamento con esami dell'attività tiroidea.

Sul vario comportamento del b. di Eberth rispetto ai pentosi.

Prof. M. DECHIGI e prof. G. MUSETTINI. — Gli OO., dimostrano sulla scorta di nuovissime ricerche di studiosi danesi e germanici, che anche in Italia si possono mettere in evidenza due gruppi biochimici del b. tifico: l'uno che scinde lo xilosio e non l'arabinosio (Tipo I o normale), l'altro che non scinde nessuno dei due pentosi (Tipo II e più raro), a parità di comportamento sierologico; con una frequenza di 1:13 per quanto riguarda i ceppi da loro direttamente isolati.

Reperti istopatologici in pneumotorace sperimentale.

Dott. F. PESCATORI. — L'O. ha eseguito una serie di ricerche sperimentali allo scopo di dimostrare che la eosinofilia postpneumotoracica non sia da mettersi in relazione a fenomeni immunitari risvegliati dalla compressione polmonare, ma dal fatto che il polmone collassato rimane compresso. Il fatto è dimostrato dal reperto di numerosi eosinofili nel parenchima del polmone collassato.

Accanto agli eosinofili compaiono in circolo normoblasti, forme di passaggio e cellule di irritazione; ciò che potrebbe dimostrare che l'eosinofilia sia in relazione a stimoli esercitati sul midollo dallo stato asfittico creato dal phx.

I Segretari:
Proff. L. PICCHI e P. NICCOLINI.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 20 marzo 1930
Presidente: Prof. G. GALLERANI.

Un nuovo metodo di colorazione delle spore.

A. CORMIO. — Dopo che il preparato è stato allestito e fissato, si colora a caldo con fucsina boracica, avendo cura di evitare la ebollizione, e per un minuto si lava. Si tratta con liquido di Gabbet per trenta secondi; si lava, si asciuga, si monta.

Le spore vengono colorate in rosso, mentre che i corpi bacillari sono colorati in bleu.

La fucsina boracica si prepara sciogliendo in cento centimetri cubici di acqua distillata, ed a caldo, cinque grammi di borace. Si aggiunge quindi un grammo di fucsina basica finemente polverata. Il liquido resta torbido. Esso va agitato prima dell'uso.

Un nuovo metodo di colorazione degli sputi per la ricerca dei bacilli di Koch.

A. CORMIO. — Lo striscio fissato, viene colorato a caldo con fucsina boracica per un minuto. Si lava; si tratta con liquido di Gabbet; si lava, si asciuga, si monta. I bacilli di Koch si dimostrano notevolmente più grossi di quanto non si dimostrano nei preparati colorati secondo i comuni metodi di colorazione, ed in quantità maggiore.

Un nuovo metodo di colorazione della capsula del bacillo carbonchioso.

A. CORMIO. — I preparati allestiti con strisci di organi di cavie morte di setticemia carbonchiosa, asciugati e fissati, vengono trattati a freddo e per un minuto con liquido di Gabbet. Si lavano, si asciugano e si colorano per un istante con fucsina fenica; si lavano, si asciugano, si montano. Il bacillo si dimostra colorato in rosso violetto, la capsula, sempre evidentissima, in rosa.

L'O. dimostra numerosi e bei preparati microscopici.

Sifilide viscerale tardiva a decorso febbrile.

G. VACCA. — Si tratta di due casi clinici. Il primo riguardava un individuo, il quale improvvisamente ammalò presentando una sindrome gastro intestinale acuta con febbri a carattere continuo remittente, nausea, vomito, diarrea, prostrazione generale. L'O. ebbe modo di vedere il paziente dopo nove giorni di malattia, e notò un ingrossamento uniforme del fegato che si appalesava alquanto duro e dolente. Per esclusione fece diagnosi di epatite luetica. Il trattamento curativo specifico e la Wassermann ne dettero completa ragione. La forma è rara ed atipica.

Il secondo caso riflette una donna che ammalò improvvisamente con una sindrome dolorosa al quadrante inferiore destro dell'addome, vomito, febbre, diarrea; fu sospettata un'appendicite. In seguito si potettero constatare segni di annessite, e dall'esame ulteriore della paziente si potè escludere la sospettata appendicite. La natura di questa annessite, essendo muta l'anamnesi nei riguardi di una preesistente infezione gonococcica o di altra affezione genitale, gli sfuggiva. Si pensò ad una forma luetica. Appena iniziata la cura specifica la paziente migliorò rapidamente tanto da poter lasciare in capo a pochi giorni il letto.

Tali forme essendo molto rare, mise come probabile la diagnosi di annessite luetica.

L'azione delle sostanze fotodinamiche sul ricambio idrocarbonato.

G. MONASTERIO. — L'O. ha studiata, in collaborazione con l'allieva interna Campese, l'azione di alcune sostanze fotodinamiche sul ricambio idrocarbonato, ed ha trovato che la tripaflavina in dosi fra ctg. 2-10 produce nel coniglio una iperglicemia notevole, mentre in dosi di 16-18 ctg. causa una intensa ipoglicemia, sino allo shock ipoglicemico, che può essere troncato da iniezioni endovenose di glucosio.

L'ipoglicemia compare al buio dopo un tempo assai più lungo. I risultati di tali esperienze aprono una nuova, importante via allo studio del metabolismo dei carboidrati e del ricambio intermedio in genere e si promettono ricchi di applicazioni in biologia ed in clinica.

Il Segretario: Prof. dott. L. QUARANTA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Importanza del ganglio stellato come centro riflessogeno in certe sindromi viscerali.

Durante alcuni interventi per la cura chirurgica dell'angina pectoris e dell'asma bronchiale, Leriche e Fontaine (*Rev. d. Chir.*, n. 5, 1929) hanno potuto fare le seguenti constatazioni:

1) durante una simpatectomia cervicale, produzione di una tipica crisi di angina pectoris consecutiva ad elettrizzazione del ganglio stellato;

2) arresto immediato di crisi anginose tipiche, sopravvenute durante l'operazione, con la novocainizzazione del ganglio stellato sotto il controllo della vista;

3) produzione di sindromi simili all'angina pectoris, all'asma bronchiale, all'edema polmonare, in seguito a puntura transcutanea del ganglio stellato durante l'esecuzione di una infiltrazione novocainica.

Sulla base di tali constatazioni L. e F. pensano che il ganglio stellato sia il centro dei riflessi nell'angina pectoris e probabilmente in altre sindromi viscerali del cuore e del polmone. G. PACETTO.

Il processo di riparazione nelle ferite delle arterie sottoposte a simpatectomia.

V. Simeoni (*Ann. It. di Chir.*, agosto 1929) ha fatto 7 esperimenti di sutura in arterie simpatectomizzate; ha avuto due emorragie secondarie, una per ferita longitudinale (carotide) ed un'altra per ferita trasversa (femorale). Conclude che il processo di riparazione non offre peculiari differenze istologiche nelle arterie simpatectomizzate ed in quelle di controllo. Riferendosi agli accidenti clinici, quali lacerazioni o strappamento di collaterali, l'A. ritiene che la sutura possa essere applicata a condizione che le pareti vasali sieno sane e la ferita di lieve entità. G. MATRONOLA.

SEMEIOTICA.

La reazione di Aschheim-Zondek per la diagnosi delle amenorree e dismenorree.

Questa reazione consiste nel mettere in evidenza l'ormone del lobo anteriore dell'ipofisi, che si elimina abbondantemente con le urine durante la gravidanza; si pratica con mezzi sperimentali biologici (iniezione nel ratto-femmina).

Nella gravidanza, la reazione, secondo quanto riferiscono E. Solms e E. Klopstock (*Münch. med. Wochens.*, 15 nov. 1929) dà dei risultati abbastanza sicuri e può aversi già 8 giorni dopo passato il primo periodo mestruale assente.

In 12 casi di gravidanza extrauterina, 11 diedero un risultato positivo; uno solo negativo, ma il feto era morto per emorragia interna.

Nelle amenorree o nei disturbi della mestruazione, la reazione permette di differenziare le manifestazioni dovute ad ipofunzionamento ghiandolare da quelle che risultano da un'eccitazione esagerata.

Si può stabilire l'origine ovarica od ipofisaria dei disturbi scaldando le urine prima di iniettarle. In tal modo si distrugge soltanto l'ormone ipofisario, sicchè allora i topi reagiscono soltanto all'ormone ovarico.

La reazione ipofisaria si manifesta con l'ipertrofia ovarica ed il rigonfiamento dei follicoli; quella ovarica con l'aumento dei corni uterini e con modificazioni vaginali.

Praticamente tali ricerche, permettendo di stabilire quale sia la ghiandola interessata e se si tratti di iper- od ipofunzionamento, si può stabilire quale sia l'opoterapia da usarsi.

In donne con disturbi gravi in rapporto con l'ipofunzionamento ovarico od ipofisario, l'ormonoterapia naturale, consistente in instillazione rettale di urina normale di donna incinta prelevata all'epoca presunta dei mestrui, ha dato dei risultati terapeutici migliori di quelli ottenuti con i consueti estratti opoterapici. *fil.*

Una nuova reazione per la dimostrazione di putrefazione intestinale.

Viene proposta da N. Mutch (*Lancet*, 18 maggio 1929). La tirosina, egli osserva, è liberata ai primi stadî della digestione; ora, se un prodotto intermedio della putrefazione della tirosina compare nell'urina, si può ammettere che la digestione proteica si è fatta in un ambiente contaminato.

I primi stadî della desintegrazione della tirosina dànno la tiramina ed il corrispondente idrossilacido, in cui la tiramina viene trasformata dal fegato prima dell'escrezione. Tale sostanza — l'acido p-idrossil-fenilacetico — fornisce la base chimica per la seguente reazione.

A 50 cmc. di urina, si aggiungono 5 cmc. di acido solforico al 25 % e si estrae con 15 cmc. di etere. Si mettono 2 cmc. dell'etere in una provetta ben secca e si evapora a bagnomaria. Riprendere il residuo con 2 cmc. di acqua, aggiungere una goccia di reattivo del Millon e far bollire. La reazione positiva è data dalla colorazione rossa.

Siccome il formaggio contiene la tiramina, la reazione non viene considerata come specifica se si è ingerito del formaggio nelle precedenti 24 ore. I salicilati (ivi compresa l'aspirina) dànno una colorazione simile, ma la loro presenza è rivelata aggiungendo del cloruro

ferrico all'estratto etereo, con che si ha un colore violetto.

(Il reattivo di Millon si prepara sciogliendo 3 cmc. di mercurio in 27 cmc. di acido nitrico fumante, a freddo, e diluendo la soluzione residuante con ugual volume di acqua distillata). *fil.*

CASISTICA.

Forma pseudo-pleuritica del cancro del polmone da paralisi frenica.

Le forme pseudopleuritiche del cancro del polmone sono in genere determinate da una grossa massa neoplastica che si annunzia con una sintomatologia a tipo pleurico.

Léon Bernard e Julien Marie (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 23 dic. 1929) riferiscono intorno ad un caso di neoplasia mediastino-polmonare evolvente da un anno e che si era manifestato all'inizio con una sindrome pseudopleuritica della base sinistra in rapporto con una paralisi del diaframma.

In seguito il quadro si completò con l'apparizione di una paralisi del ricorrente di sinistra, con lo sviluppo di una opacità polmonare progressiva su tutto il campo sinistro, e con la comparsa di adenopatia sottoclaveare s. la cui biopsia svelò la natura epiteliomatosa.

Dal punto di vista clinico è ben degno di nota l'inizio di questo cancro mediastino-polmonare con una paralisi frenica. Difficile però è a spiegarsi la ottusità della base s. che unitamente al silenzio respiratorio fecero pensare ad una pleurite: probabilmente concorsero a produrre tale sintomatologia l'ascensione e la sede posteriore della milza e l'atelettasia del lobo polmonare superiore.

Pure importante è lo studio radiologico del caso: la paralisi frenica si traduceva in una considerevole ascensione dell'emidiaframma, con inversione dei movimenti. Lo stomaco era di aspetto normale, risalito però assieme al colon nell'emitorace sinistro. VICENTINI.

Sulla forma suppurativa del cancro bronco-polmonare. Una osservazione di neoplasma del polmone con metastasi infettata del cervello.

Troisier e Monnerot-Dermain (*Ibidem*) ritengono che quelle forme di cancro del polmone che si dissimulano dietro una sindrome di suppurazione polmonare, non sono ancora abbastanza conosciute.

Un malato da loro osservato all'ospedale Bichat ha loro permesso di portare un contributo a questa forma anatomo-clinica.

Si trattava di un uomo di 55 anni ricoverato per delle crisi di epilessia jacksoniana. All'esame obiettivo gli fu riscontrata una sindrome di suppurazione polmonare tipica; la radiografia faceva vedere un'ombra generalizzata a tutto l'emitorace sinistro; l'esame clinico dava dei sintomi di addensamento parailare sinistro.

Si pensò da prima ad un ascesso cerebrale come se ne trovano in individui con dilatazione dei bronchi; ma l'impossibilità di riscontrare sia al letto del malato, che allo schermo radioscopico i sintomi di escavazione polmonare, l'età del malato, l'intensità della dispnea fecero sorgere in mente agli AA. l'idea che si trattasse di un neoplasma evolvente dietro la sindrome suppurativa. Tale diagnosi ebbe la sua conferma all'autopsia: il polmone sinistro presentava un neoplasma bronco-polmonare ilare ed una bronco-polmonite massiva.

Nell'emisfero cerebrale destro si notava nella parte media della circonvoluzione frontale ascendente una metastasi neoplastica con al centro una zona suppurata.

Da ciò derivano due importanti constatazioni:

1) un ascesso del cervello può mascherare una metastasi neoplastica nello stesso tempo che una suppurazione polmonare nasconde un neoplasma primitivo dei bronchi;

2) dietro uno stato suppurativo si può camuffare egualmente bene uno stato neoplastico tanto a livello del polmone che del cervello.

VICENTINI.

Forma cavitaria d'un cancro primitivo del polmone, a tipo d'ascesso putrido.

È un caso clinico riferito da Besançon, Azoulay e Duruy (*Ibidem*) di cancro del polmone simulante un ascesso putrido.

Si tratta d'un uomo di 50 anni, il quale in pieno benessere, a 45 anni, ebbe un violento dolore alla base dell'emitorace S., che si accompagnò a dispnea intensa, a febbre a 39°; comparve espettorato senza speciali caratteri ed un'emottisi di media quantità. Dopo 15 giorni tutto era cessato. Dopo 2 e 4 anni dal primo, si ebbero altri due simili episodi, ma senza emottisi.

Nell'anno successivo il disturbo si ripete e con maggior gravità; l'espettorato diventa più abbondante; in seguito i sintomi si attenuano, ma nel giugno comparve una seconda emottisi; la febbre diventa persistente, la tosse continua e stizzosa, l'espettorato abbondante, tanto da riempire due sputacchiere nelle 24 h., e per la prima volta di sapore fecaloide e di uova marcie.

Si presenta all'esame dimagrito, col volto di colorito terreo, con temperatura a grandi oscillazioni, con alito nettamente fetido; alla base sinistra esiste una ottusità con una netta resistenza alla percussione; il fremito vocale tattile abolito sulla zona ottusa; silenzio respiratorio; non pettoriloquio, non egofonia.

Si tratta in conclusione d'un uomo che presenta una sindrome clinica di suppurazione polmonare della base sinistra; l'esame radiologico mette in evidenza l'imagine idroaerea in bolla d'una cavità polmonare, in cui non penetra il lipiodol. La lunga evoluzione della malattia, 5 anni, gli episodi successivi di peggioramento senza emottisi, la febbre intermit-

tente, la leucocitosi con 14.000 leucociti, di cui il 95 % neutrofili, la fetidità dell'alito, imponevano la diagnosi di gangrena polmonare cronica o a ricadute, con ascesso. L'autopsia mostrò l'esistenza d'un voluminoso cancro primitivo del lobo inferiore del polmone sinistro, cancro cavitario con infezione putrida.

Questo caso è importante perchè oltre a presentare una sintomatologia ingannatrice, ha mostrato che dal punto di vista radiologico il cancro può dare l'imagine dell'ascesso polmonare, e dal punto di vista patogenetico ha risollevato la questione dei rapporti del cancro con la gangrena polmonare a ricadute già prospettata da Lemierre e Lambling.

Nel caso riferito la lunga evoluzione in due tappe potrebbe far supporre una degenerazione neoplastica d'un focolaio primitivo di gangrena polmonare a ricadute; tuttavia questa è una ipotesi che merita conferma.

Carusi.

TERAPIA.

Le sanguisughe in terapia.

H. Harant (*Arch. de la Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier*, ottobre 1929) fa una buona rivista delle diverse sanguisughe, dando altresì dei quadri sinottici, che permettono la diagnosi delle varie specie e descrivendo delle specie nuove.

Per quanto riguarda l'applicazione terapeutica, l'A. osserva che, in linea di principio, tutte le specie di sanguisughe possono essere utilizzate. In Europa si usa di solito soltanto la *Hirudo medicinalis* con le sue varietà e talvolta anche la *H. trotina*. In Africa occidentale, si usa la *Limnatis mysomelas*, nell'India, la *L. granulosa;* negli Stati Uniti, la *Macrobdella decora*, al Messico la *Haementeria officinalis*, in Giappone e Cina, la *Hirudo nipponica.*

Le sanguisughe vengono usate per tre scopi diversi:

1) sanguisugio generale, che rende necessario l'uso simultaneo di una ventina di sanguisughe, in modo da sottrarre un mezzo litro circa di sangue;

2) sanguisugio locale, in una regione infiammata per calmare i fenomeni dolorosi e congestizi;

3) sanguisugio locale, in vicinanza di un territorio in cui si presume la formazione di un coagulo, come p. es., nei casi di flebite chirurgica o puerperale. L'irudina avrebbe azione linfagoga, sicchè ne verrebbe esaltato il potere fagocitario dei leucociti, arrivando addirittura ad un'azione antiinfettiva. L'azione dell'irudina (soluzione del coagulo o potere antispastico sulle vene) dovrebbe inoltre essere considerata al lume delle moderne vedute sull'anafilassi, sull'emolisi, ecc.

Oltre all'estrazione brutale di sangue, la sanguisuga sarebbe dunque applicabile in terapia per prevenire localmente la formazione di un trombo.

Un'ultima applicazione è quella di conservare viventi certi parassiti, come quelli della malaria e delle febbri ricorrenti, allo scopo della piretoterapia e della malarioterapia della demenza paralitica. *fil.*

La diatermia nelle affezioni dolorose dell'addome.

Dall'epoca di Ippocrate si conosce l'azione benefica del calore sulle forme dolorose le più svariate; si comprende facilmente il beneficio della diatermia che permette di riscaldare direttamente i tessuti profondi. Nelle affezioni dolorose dell'addome si hanno risultati indiscussi. Vi sono *algie* addominali che non si spiegano nè con esame clinico, nè radiologico. In alcuni casi sono localizzate ai plessi, in altri forse si tratta di puri disturbi pitiatici. Questi casi si giovano tutti della diatermia. Uguali benefici si hanno nelle *periviscerititi, epiploiti, aderenze e dolori postoperatori*, non però in tutti i casi con risultato completo. Delherm e Laquerrière (*Paris Méd.*, n. 16, 1929) su 47 casi hanno avuto 14 guarigioni. Utile è anche il trattamento delle affezioni dolorose della *colecisti.* Anche forme dolorose varie gastriche si beneficiano della diatermia; così pure alcuni casi di *stipsi ribelli.* Anche le *salpingiti* croniche si avvantaggiano in modo notevole. Si deve ritenere la diatermia veramente preziosa per l'addome. L. Tonelli.

I cataplasmi di fecola nell'eczema.

Lacapère e Montlaur (*Journ. des praticiens*, 26 ott. 1929) asseriscono che i cataplasmi di fecola sono molto utili nell'eczema secernente pruriginoso. Si preparano stemperando in 200 grammi di acqua fredda 100 grammi di fecola d'amido. Aggiungere 800 grammi di acqua bollente e rimescolare bene; portare per qualche minuto all'ebollizione. La colla così ottenuta, si stende in strati dello spessore di un centimetro, su della garza. La si usa fredda, rinnovandola quando si è scaldata. Ungere con vaselina le parti circostanti.

VARIA.

Gli onorari dei medici nell'antica Grecia e nell'antica Roma.

All'epoca della repubblica romana il magistrato eletto ad una carica, anzichè prendere un emolumento, doveva versare una certa somma per riconoscere l'onore che gli veniva fatto colla nomina, e questa era indicata precisamente col nome di *honoraria summa.*

Più tardi Cicerone, col nome di *honorarium*, indica il regalo che le città erano solite fare ai consoli quando andavano nelle provincie: in seguito il nome è rimasto ad indicare l'emolumento che si dà ai medici, agli avvocati e agli altri professionisti, a compenso delle loro prestazioni, e vuole significare che, malgrado

la rimunerazione, rimane escluso qualsiasi concetto di dipendenza, di posizione subalterna o di accettazione di ordini.

La medicina cominciò a perdere il suo antichissimo carattere teurgico, ieratico e magico, per divenire una scienza laica, indipendente e lucrativa, in Egitto: colà, a quanto racconta Diodoro di Sicilia, si sono avuti i primi medici retribuiti, i quali però non ricevevano danaro dai privati, bensì uno stipendio dallo Stato, che permetteva loro di vivere assai largamente. Gli Egiziani ritenevano infatti che un'arte nobile come la medicina non doveva esporre chi la esercitava all'assillo e alle tribolazioni del bisogno.

Riguardo alla medicina greca, Ippocrate suggerisce di convenire in antecedenza col malato l'entità dell'emolumento, tranne nei casi di malattie acute: ciò deve valere anche a rassicurare il malato sull'intenzione del medico di continuare la cura. Riguardo alle forme acute, il buon medico deve pensare più alla propria rinomanza che non al proprio profitto. E val meglio, in questi casi, avere piuttosto a lagnarsi dell'ingratitudine di coloro a cui si ridona la salute, che non cercare di assicurarsi il pagamento mentre il malato versa nel pericolo.

« Le vostre aspirazioni riguardo all'emolumento — dice il mirabile medico di Coo — devono limitarsi a ciò che è necessario per perfezionarvi nell'arte vostra ».

« Io raccomando — egli aggiunge — di evitare il fasto, di sprezzare il superfluo e la fortuna, di visitare talvolta gratuitamente i malati, preferendo il piacere della riconoscenza a quello del lusso ».

Ed ecco le parole d'oro che Egli pone a conclusione dei suoi precetti: « *Non si può amare la medicina senza amare gli uomini* ».

L'uso di pagare gli onorari ai medici esisteva dunque in Grecia, come presso gli altri popoli dell'antichità.

Acgris sanatis mercedem accipiunt, scriveva Aristotele. Specialmente dopo Ippocrate, gli emolumenti raggiunsero anche delle cifre cospicue.

Riguardo alle modalità di esercizio della medicina, è interessante ricordare che nelle città greche esistevano dei posti di consultazione, di visita e di medicazione, che pretendevano il nome di *iatreia* e che forse rassomigliavano un poco alle nostre ambulanze e guardie di soccorso. Alcune erano private, altre pubbliche, cioè autorizzate e pagate dalla città. Anche i medici erano retribuiti dalla municipalità: e pare che in alcune di queste *iatreia* si distribuissero pure le medicine e vi fossero dei letti per la degenza dei malati.

Riguardo agli emolumenti che i medici ricevevano dalle città per queste loro prestazioni, variavano a seconda della rinomanza dei medici stessi: i quali erano tenuti in alta considerazione e contesi fra le diverse città.

Si può ritenere che degli stipendi di 30-50-60 mila lire della nostra moneta non fossero eccezionali: naturalmente l'emolumento fisso non impediva ad essi di ricevere compensi dalla clientela agiata.

Se dalla Grecia noi passiamo in Italia, dobbiamo innanzitutto ricordare ciò che scrisse Plinio: cioè che Roma rimase per più di 600 anni senza medici.

Pare che il *pater familias* nella vecchia Roma avesse pure la cura dei suoi di casa. Ciò non toglie che dovessero esservi anche degli individui specializzati — schiavi o liberti — sia nella cura dei malati, sia nell'esecuzione di atti operativi. Dovevano insomma anche a Roma esservi — prima dell'avvento della medicina greca — delle persone capaci di curare i malati, e ciò sarebbe confermato dal fatto che lo stesso nome di *medicus* non è di origine ellenica, ma bensì di origine osca.

Nel 219 av. Cristo, ecco comparire in Roma il primo medico greco. Fu questi lo spartano Arcagato, il quale ottenne di poter avere, a spese dello Stato, dei locali per raccogliere e curare i malati: questo primo istituto medico romano, sul tipo delle *iatreia* greche, che teneva dell'ambulanza, della guardia, della clinica e della farmacia, e che era aperto a tutti, ebbe la sua sede nel quadrivio *Acilius*.

Altri medici greci, attratti dal miraggio della grande Roma, *caput mundi*, seguono Arcagato: la storia ricorda Asclepiade, Temisone, Postumio, Marino, Arpocrate, Antonio, Musa, Cratero.

Onorati e ben retribuiti, essi fecero in Roma affari d'oro. Ed ecco contemporaneamente istituirsi nella città un vero servizio sanitario, medico ed igienico, con medici incaricati della cura dei poveri e della vigilanza della salute pubblica. Così pure ecco sorgere un regolare servizio medico militare.

Si iniziano in questo periodo anche le fortune colossali dei medici: ricchezze enormi — scrive Plinio il vecchio — vengono ammassate al capezzale dei malati.

Una visita in una provincia dell'Impero può dar modo a Carmis di esibire la bella parcella di 200 mila sesterzi.

Stertinio, dopo spese incredibili fatte per l'abbellimento di Napoli, può lasciare ai suoi eredi la bella somma di trenta milioni di sesterzi (il sesterzio aveva all'incirca il valore di 70 centesimi attuali).

Ciò non toglie però che anche a quei tempi esistessero dei medici coscienziosi e disinteressati. E di ciò fanno fede le parole di Seneca. a proposito del proprio medico curante. « Egli mi ha dimostrato — così scrive — più premura di quanto avesse più obbligo. Sempre assiduo, egli accorreva nei momenti critici: non contento di indicare i rimedi, li applicava egli stesso: nè evitava i servizi e le operazioni più umili e disgustose. Egli è stato non solo medico, ma amico. Anche quando gli avrò pagato gli onorari, io resterò sempre suo debitore ». (Dalla *Gazzetta Sanitaria*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

In sede di bilancio.

Il bilancio dell'educazione nazionale ha sollevato in seno al Senato — come già alla Camera — un dibattito ampio ed elevato, sconfinante dal campo del bilancio per investire i più alti problemi della cultura, del pensiero, del rinnovamento spirituale operato dal Fascismo nella coscienza italiana.

Stimiamo doveroso di registrare e segnalare le parti del dibattito che si riferiscono all'insegnamento superiore e più specialmente a quello medico — condensandole per necessità di spazio — analogamente a quanto facemmo per la discussione avvenuta in seno alla Camera dei Deputati.

* * *

L'on. Maragliano sostiene che è necessaria una profonda innovazione nell'ordinamento degli studi universitari. Bisogna che sia lasciata ai giovani la responsabilità dei loro studi e che lo Stato fornisca loro tutti i mezzi necessari: con metodo fascista crei uno spirito nuovo e un indirizzo nuovo negli insegnamenti universitari.

L'on. Gabbi vorrebbe che l'esame di Stato si facesse unicamente a Roma. Crede necessario istituire il *numerus clausus* per le nostre Università, ossia ammettere un numero di studenti proporzionato ai mezzi di cui ogni Università dispone: ciò andrebbe a vantaggio delle piccole Università, ove erroneamente si crede che non si studi. Crede che il movimento da lui avviato per la nazionalizzazione dei libri di medicina meriti attenzione. Accenna ai rapporti fra medicina ed educazione fisica; ma occorre che i medici sportivi siano preparati: all'uopo propone che la nomina di essi avvenga solo dopo un corso fatto all'Accademia romana. Conclude facendo voti che l'Italia non sia Nazione prima tra le seconde, ma prima tra le prime.

L'on. Queirolo plaude al provvedimento adottato dal Governo per la nomina di una Commissione che faccia la storia delle invenzioni compiute dagli scienziati italiani e si augura che tutti gli studiosi vi portino il loro contributo.

Si dichiara favorevole al mantenimento dei piccoli Atenei e così pure all'ammissione, con larghezza, di studenti stranieri.

Riafferma il suo dissenso da quanti sono del parere che dovrebbe essere data facoltà agli studenti di scegliere la materia di studio. Il ministro ha già annunciato che saranno imposte delle limitazioni a questa facoltà. L'oratore osserva che negli studi di medicina non vi è materia importante che non abbia riflesso o connessione con le altre. La soppressione di una di esse crea una lacuna nella preparazione degli studenti i quali poi all'esame di Stato corrono il rischio di essere interrogati anche in quella materia che non credevano necessaria. Solo il Ministro ed il Consiglio Superiore della P. I. debbono determinare quali siano le materie fondamentali e necessarie alla preparazione del medico.

Molto opportuna sarebbe la concentrazione di cattedre alla quale si è mostrato favorevole il ministro dell'E. N. Si dichiara contrario alla proposta fatta dal sen. Gabbi di concentrare in Roma tutte le commissioni per l'esame di Stato. Non ne vede il vantaggio, nè vede come potrebbero svolgere con tranquillità il loro lavoro.

Circa il personale assistente delle Università, crede necessario restituire ad esso la qualifica di personale di Stato. Oggi gli assistenti si vedono diminuiti e vedono meno sicuro il loro avvenire.

Bisogna infine rivolgere un pensiero ai vecchi professori che per il limite di età devono abbandonare l'insegnamento, ristabilendo il titolo di professore emerito.

L'on. Tamassia si preoccupa della cosiddetta fascistizzazione della scuola, quasi che l'Università vivesse distaccata dall'ambiente nazionale e restasse chiusa in sè stessa.

Se si intende soltanto segnalare quegli uomini che meglio rappresentano le correnti del pensiero fascista, il loro pensiero servirà a ravvivare la scuola. Ma se tali correnti debbono servire ad una propaganda politica, non potremo accoglierle nello stesso modo. Bisogna che la scienza sia libera.

Dalle nostre Università, nel loro glorioso passato, sono usciti studi e dottrine che si sono diffusi in tutto il mondo. Non si può turbare questa magnifica ascesa della scienza italiana. Ciò segnerebbe l'inizio di una caduta. La nostra Università ha accolto sempre tutte le dottrine più diverse e distanti, e le ha composte nella pace degli studi.

Scienza vuol dire accoglimento di ogni maestà del pensiero umano.

L'on. Gentile difende lo spirito fascista della sua riforma. Questa « andò alle radici, e v'infuse la più pura linfa dello spirito fascista, se Fascismo è energia e slancio spirituale, è personalità e carattere, spontaneità e disciplina, artistica genialità e senso religioso della vita ».

Circa gli esami di Stato, l'oratore dice che sarebbe bene che si ritornasse ai principii: che la Commissione esaminatrice, cioè, possa, come una volta, funzionare divisa in due Sottocommissioni, ciò che farà sì che la sessione di esami non si prolunghi eccessivamente senza bisogno di accelerare soverchiamente il ritmo dei suoi lavori, come avvenne lo scorso anno con grande sacrificio degli esaminatori e con grande pregiudizio alla serietà dell'esame.

Il sen. Gentile si trattiene ampiamente sul valore della fascistizzazione della scuola.

* * *

Dall'eloquente e nutrito discorso del ministro on. Giuliano, limpido di pensiero e fervido di sentimento, stralciamo quanto riguarda gli studi superiori.

La questione delle Università è un punto doloroso per il quale non è difficile fare delle elegie sul molto che manca e sul molto che bisognerebbe fare. Bisogna pensare anche però al poco che si è fatto e che è tutto quello che era permesso dalle disponibilità finanziarie. La buona volontà di fare c'è, e in realtà si fa più di quel che non si creda. Ogni anno si sono approvate convenzioni per le quali tutti gli enti si sono votati a favore della Università. E tutti siamo d'accordo per il mantenimento delle Università minori che, oltre a rappresentare gloriose tradizioni, rappresentano anche lo sforzo mirabile di enti locali.

Al sen. Gabbi dichiara di non poter accettare il concetto del numero chiuso: ama le Università minori, ma non ama certo forme di protezionismo. Sarebbe difficile definire questo numero, e il togliere la scelta dell'Università toccherebbe troppi legittimi interessi finanziari delle famiglie della piccola borghesia. Tutt'al più si potrà pensare a qualche concentrazione di cattedre, perchè abbiamo avuto un aumento notevole di istituti universitari proprio nel momento in cui più si faceva sentire quella crisi di insegnanti che esiste per l'Università come per le scuole medie.

Occorre concentrare; ed è inutile quindi domandare, come si fa da alcuni, sdoppiamenti di cattedre e di facoltà.

Si è creduto di vedere nella crisi del personale insegnante un segno di decadenza culturale. Non crede in una tale decadenza; crede anzi che noi siamo oggi in un periodo di rifiorimento di cultura. Se il movimento fascista, il quale ha affrontato tanti e tali problemi spirituali e sociali, si deve chiamare privo di cultura, non si sa più che cosa si deve intendere per cultura. Sarà allora cultura quella degli uomini che accarezzavano il pacifismo nel momento in cui si preparava la guerra sociale o andavano ad occhi chiusi verso l'anarchia, affermando che questi erano fenomeni di divenire storico.

Al sen. Tamassia dichiara che il Fascismo, lungi dal togliere la pace alla vita degli studi, ha dato la pace a tutta la vita italiana nella quale vive l'Università.

Se c'è stata qualche esuberanza e inframettenza giovanile, essa è stata repressa. Del resto chi ha toccato oggi i 50 anni ha visto tali tumulti scolastici non puniti da alcuno, che non si può meravigliare di qualche esuberanza; specialmente oggi che c'è un Partito il quale ha immediatamente punito chi aveva creduto di poter agire di sua iniziativa.

Riguardo alle pressioni o ai dogmi, di cui qualcuno ha parlato, non s'è dato nemmeno un caso nel quale un professore abbia sentito dall'autorità governativa una pressione qualsiasi riguardante il suo insegnamento. Non esiste un pensiero fascista chiuso nel dogma, nessuno impone una determinata dottrina da insegnare. Il Fascismo vuole soltanto dare alla cultura tutta la sua italianità, portarla a quelle vette da cui si possa spaziare per i tre millenni nella sua storia e dominare gli orizzonti dell'Appennino.

Il ministro ha concluso con una appassionata e fiduciosa esaltazione delle nuove correnti spirituali, che si vanno affermando in tutte le attività artistiche e scientifiche di questi giorni, parallelamente a quelle che si affermano nel campo politico, rinnovando il volto della Patria.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

I medici condotti e la lotta antitubercolare.

Il Ministero dell'Interno ha diramato ai signori Prefetti la seguente circolare a firma di S. E. Arpinati:

« Il Ministero con circolare 13 gennaio 1928, N. 20300.20/150, richiamò l'attenzione dei Consorzi Provinciali Antitubercolari sulla opportunità di avvalersi dell'opera dei medici condotti per i servizi di profilassi e di assistenza verso gli infermi di tubercolosi, che ha loro confidato la legge 23 giugno 1927, n. 1276.

Quei Consorzi, che, in conformità di tale invito, si sono valsi della collaborazione dei medici condotti, hanno ottenuto importanti risultati.

Pertanto il Ministero reputa che sia venuto il momento di estendere tale norma di servizio a tutti i Consorzi antitubercolari con le direttive seguenti:

I medici condotti debbono essere collegati con il Dispensario Antitubercolare Provinciale o con i Dispensari Antitubercolari di zona, secondo la distribuzione del servizio, che la Direzione tecnica del Consorzio ha adottato. I Dispensari medesimi si varranno con piena fiducia dell'opera loro, perchè solo mediante questa sarà possibile spingere la ricerca dei casi latenti od ignorati — aumentando la possibilità di diagnosi precoce, di profilassi e di assistenza — fino in quelle famiglie dei quartieri cittadini e nei Comuni rurali, dove altrimenti la funzione affidata ai Consorzi riuscirebbe manchevole od assente.

Il medico condotto avrà pertanto come suo primo compito la segnalazione precoce degli infermi al Dispensario, che, mediante il personale specializzato ed i mezzi di indagine di cui dispone, potrà confermare o meno la diagnosi di possibilità formulata nella visita a domicilio. Sarà necessario che la segnalazione comprenda almeno i seguenti dati: cognome e nome, età, professione, diagnosi clinica, numero delle persone conviventi e loro stato di salute, condizioni dell'abitazione e segnatamente numero degli ambienti di questa. Il Ministero si propone così di arrivare alla conoscenza del numero dei tubercolotici fra la popolazione, a complemento delle deduzioni, necessariamente imprecise, che vengono tratte dalle statistiche delle cause di morte;

dato importantissimo per sviluppare adeguati provvedimenti di assistenza. Quando il servizio sarà avviato sulla base anzidetta, la rivelazione sistematica verrà perfezionata mediante apposita scheda per tutto il Regno.

In secondo luogo il medico condotto potrà essere incaricato dell'assistenza a domicilio pre-ospedaliera e post-ospedaliera, conservando i necessari rapporti attraverso il Consorzio con i competenti organi assistenziali.

Compito importantissimo sarà anche di assicurare la profilassi intorno all'infermo, fino a che questo rimane nel proprio domicilio e segnalare i figliuoli per tempestive misure di assistenza profilattica.

Infine il medico condotto sarà il miglior propagandista che il servizio antitubercolare possa avere, specialmente quando potrà convalidare il suo consiglio con la persuasione esercitata dai fatti, realizzando una tempestiva assistenza e mostrando alla popolazione risultati completi dell'opera di profilassi.

Questo inquadramento dell'attività dei medici condotti nell'organizzazione antitubercolare del Paese, corrisponde ad una generosa offerta dell'Associazione Nazionale che li riunisce e li affratella e che l'ha formulata come di collaborazione volonterosa e gratuita alla attività spiegata dal Governo Nazionale nel campo della difesa sociale contro la tubercolosi.

Da altro lato, mentre i Consorzi dovranno assumere a loro carico le spese necessarie per corrispondenza con i medici condotti, moduli, stampe, ecc., potranno legittimamente e opportunamente stabilire dei premi da erogare in fine d'anno per i medici condotti più diligenti, determinando, altresì, le norme per l'assegnazione di essi, sì che questi abbiano il carattere, particolarmente pregevole, di un riconoscimento morale del servizio lodevolmente prestato ».

La Sanità coloniale.

Discutendosi il bilancio delle Colonie al Senato, il prof. Gabbi ha elogiato il ministro De Bono per avere additato nel suo discorso alla Camera l'opera costruttrice e rigeneratrice, dalla Rivoluzione fascista in poi, compiuta dal Governo nelle Colonie e allineato i problemi che ancora si impongono per un'adeguata soluzione.

Crede che in Italia ci sia una coscienza coloniale, e cita l'Istituto coloniale fascista, le riviste speciali, gli insegnamenti ufficiali *ad hoc*, ecc.

L'on. Gabbi aggiunge che al problema sanitario non si è data adeguata importanza.

E a questo proposito cita una missione, di cui egli era capo, in Eritrea, per studiarvi le malattie tropicali. Avanza alcune proposte, specialmente a favore dei bambini indigeni. Nota che il patrimonio zootecnico è colà notevole. Parla delle piante medicinali, da cui si può trarre notevole rendimento. Infine accenna alla questione dolorosa dei meticci e invoca l'intervento dell'O. N. della maternità e dell'infanzia.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARGENTA (*Ferrara*). *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; proroga a tutto 10 mag.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Il concorso scaduto il 10 aprile è annullato e sostituito da altro alle condizioni seguenti: Primario ostetrico dell'Ospedale Maggiore; titoli ed eventualm. esami; L. 5000 oltre L. 800 serv. att., il tutto al netto; partecipaz. proventi; domande in carta da L. 3; scad. ore 17 del 30 apr.; doc. a 3 mesi dal 4 apr.; tassa L. 50. Chiedere annunzio alla Segreteria o all'Ispettorato Sanitario del Pio Luogo.

BOLOGNA. *Istituto Rizzoli.* — Medico assistente nell'Istituto Elioterapico Codivilla in Cortina d'Ampezzo; L. 3840, vitto e alloggio, percentuale; età lim. 30 a.; titoli ed esame; tassa L. 25; conferme annuali fino a 40 a. Sarà tenuta in consideraz. conoscenza inglese o tedesco.

CAFASSE (*Torino*). — Scad. 15 mag.; con Fiano; condizioni del vigente capitolato.

CALTAGIRONE DI SICILIA (*Catania*). — A tutto 15 giu.; 1ª condotta; L. 8000 per 500 pov., addizionale L. 3, quattro quinquenni dec., età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 10 mar.

CASSINASCO (*Alessandria*). — Scad. 30 apr.; lire 7000 oltre L. 500 uff. san., L. 500 cavalc.; tassa L. 50,10.

COMENO (*Gorizia*). — A tutto 30 giu., con S. Daniele del Carso; eventualm. esame; L. 9000 oltre L. 900 serv. att., c.-v., L. 500-1500-3000 trasp.; 6 quadrienni dec.; se uff. san. L. 800; tassa lire 50,10; età lim. 35 a.; doc. anter. al 1° aprile.

FAETO (*Foggia*). — Scad. 15 mag.; con Celle S. Vito; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 indenn. consorziale, L. 2500 cavalc., L. 1000 se uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; obbligo di recarsi ogni giorno a Celle, anche in ore straordinarie se dovesse presentarsene l'urgenza e pernottare, se occorresse, a spese del Comune.

FIRMO (*Cosenza*). — Scad. 30 apr.; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15.

GORIZIA. *Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi.* — Assistente Sez. med.-micrograf.; L. 10.000 oltre L. 2000 serv. att., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Rivolgersi Amministraz. Provinc. Scad. 15 mag.

LECCO. — Ufficiale sanit.; L. 15.000 oltre lire 3000 incarico sanitario scolastico, L. 3000 trasp.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,20. Scad. 25 mag. Chiarimenti dalla Segreteria Comun.

LIERNA (*Como*). — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario pel Consorzio Lierna, Abbadia Lariana, Mandello Lario, Varenna, Esino Lario. Stipendio annuo L. 9000, con diritto a quattro aumenti quinquennali del decimo. Indennità trasporto L. 3500. Indennità per visite per conto privati a norma disposizioni approvate. Ritenute di ricch. mob. e Cassa Pens. sui predetti assegni. È consentito il libero esercizio professionale fuori delle ore di Ufficio. Età non super. a 45 anni. Domande, documenti, quietanza tassa, richieste di chiarimenti, ecc. alla Tesoreria Comunale di Lierna. Scadenza 30 maggio.

Maceratafeltria (*Pesaro-Urbino*). — 1ª condotta e direzione Ospedale « Camillo Belli »; proroga a tutto 5 mag.

Massa-Carrara. *Amministraz. Provinciale.* — Direttori della Sez. Medico-Micrograf. e della Sez. Chim. del Laborat. Provinc. d'Igiene e Profil. con sede a Carrara; L. 15.000 ciascuno e 10 bienni ventes., c.-v., eventualm. 25 % su utili netti di ciascuna Sezione; scad. ore 16 del 31 mag.; tassa L. 50,15. Rivolgersi Segreteria Provinciale.

Milano. *Istituti Ospitalieri.* — Vice dirigente dell'Ambulatorio Comun. Oftalmoiatrico; L. 3200. Scad. ore 6 del 30 apr.

Novara. *R. Prefettura.* — Quattro posti di Ufficiale Sanitario. Per Intra, stip. L. 7500 e indennità trasp. L. 1500. Per Omegna, stip. L. 3000 e indenn. trasp. L. 1000. Per Arona, stip. L. 2500 e indenn. trasp. L. 1000. Domodossola L. 6000. Cinque aumen. quadrienn. del decimo sullo stipendio. Documenti di rito. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria Comunale dei rispettivi Comuni oppure alla R. Prefettura di Novara (Ufficio del Medico Provinciale). Scadenza 31 maggio.

Osimo (*Ancona*). — In sostituzione del precedente avviso. Fino al 12 maggio, per titoli, condotta chirurgica primaria residenziale con servizio all'Ospedale e Ambulatorio. Stipendio lordo L. 8000. Indennità speciale L. 2000. Indennità caro viveri. Domanda, documenti di rito bollati e legalizzati a sensi di legge, nonchè diploma di laurea. Chiedere informazioni alla Segreteria del Comune.

Padova. *Comune.* — Per titoli; due posti di med. chir. condotto. Stipendio annuo lordo iniziale L. 8000 elevabile a L. 12.000. Indennità servizio attivo L. 1200 e caro viveri. Indennità per mezzi trasporto fino a L. 3000. A titolo rimborso spese ambulatorio L. 1100. Scadenza per presentazione domande 31 maggio. Chiedere bando di concorso al Municipio di Padova.

Piombino (*Livorno*). *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo primario dell'Ospedale Vitt. Em. III.; L. 12.000 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v., compartecipazioni, facoltà di assentarsi per visite e consulti fino a 18 ore ecc. Scad. 20 mag.; tassa L. 50,10; doc. poster. al 20 feb.; titoli. Direz. dell'Ospedale per un biennio, rinnovabile; lire 3000. Chied. annunzio.

Pistoia. *Comune.* — Due condotte; L. 8500 e L. 9000, 8 trienni ventes., oltre addizion. L. 3 sopra 800 pov., fino a L. 2000; per cavalc. L. 3000; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Scad. ore 17,30 del 15 lug.

Pollutri (*Chieti*). — Ufficiale Sanitario. La R. Prefettura di Chieti con Decreto dell'8 corrente ha prorogato a tutto il 30 aprile il termine per la presentazione delle domande al posto di Uff. Sanit., del comune di Pollutri, di cui il bando di concorso del 20 gennaio 1930.

S. Vincenzo Valleroveto (*Aquila*). — Per la I Zona. Stipendio L. 9500. Indennità cavalcatura L. 2700. Scadenza 30 aprile. Assumerebbesi subito interino. Rivolgersi alla Segreteria Comun.

Siliqua (*Cagliari*). — Scad. 10 mag.; L. 8500 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1000 uff. san., 1 c.-v.; età lim. 45 a.

Sondrio. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrografica e Direttore della Sezione Chimica, del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio per ogni posto annue lorde L. 15.000. Indennità servizio attivo L. 3000. Caro viveri come impiegati Amministr. Provinciali. Percentuali, oblazioni ed ammende. Scadenza ore 12 del 31 maggio. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Provincia.

Termoli (*Campobasso*). — Scad. 10 mag.; lire 5200 (cinquemiladuecento) e 3 quinquenni dec.; per trasp. L. 1800; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Trapani. — Consorzio con Monte S. Giuliano e Paceco; residenza a Napola; L. 9000 oltre L. 2500 cavalc., scatti quadriennali e quinquennali dec. Rivolgersi Presidente del Consorzio presso il Municipio. Scad. 30 apr.

Umbertide (*Perugia*). — Scad. 31 mag.; Centro urbano; L. 8000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 2500 direz. Ospedale, L. 3500 direz. Padiglione Sanatorio; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Vasto (*Chieti*). — La R. Prefettura di Chieti informa che il termine per la presentazione delle domande di ammissione al Concorso per il posto di Ufficiale Sanitario di Vasto, di cui il bando in data 20 gennaio u. s., è prorogato a tutto il 30 aprile 1930.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La medaglia Schaudinn, istituita recentemente dall'Istituto per malattie navali e tropicali di Amburgo, è stata assegnata ai proff. M. Hartmann di Berlino, F. d'Hérelle di Parigi, E. Reichenow di Amburgo.

Il dott. O. H. Waugenstreen è nominato professore di chirurgia e direttore della Clinica chirurgica presso la Scuola Medica dell'Università di Minnesota, a Minneapolis, a partire dal 1° gennaio 1930. Egli sarà anche direttore dell'Istituto Oncologico.

Sono stati abilitati alla libera docenza i dottori: in *Patologia speciale chirurgica dimostrativa*: Galli Giuseppe, Leinati Fausto, Pettinari Vittorio; in *Patologia speciale medica dimostrativa*: Bossa Guido, Carusi Lorenzo, Dominici Giorgio, Gherardini Giuseppe, Lapiccirella Vincenzo, Lunedei Antonio, Montanari Arrigo, Moracchini Ruggero, Terzaghi Alberto, Zisa Sebastiano; in *Psicotecnica*: Cimatti Leone; in *Radiologia medica*: Mainoldi Pietro, Podestà Vittorio, Valenti Alessandro, Vallebona Alessandro; in *Terapia fisica*: Armani Lodovico; in *Tisiologia*: Avezzu Guido.

Il nuovo Consiglio degli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano è così costituito: prof. Ferdinando Livini per lo Stato; ing. Carlo Chierichetti e rag. Giuseppe Fasana per la Provincia;

proff. Silvio Palazzi e Mario Giussani pel Comune; dott. Ambrogio Bertarelli e sig. Emilio Galli per gl'Istituti Ospedalieri. Il Consiglio ha designato a presidente il prof. Livini ed a vice-presidente il rag. Fasana.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Padova.

Lezioni nella R. Università.

Il giorno 19 corr. il prof. V. Ducceschi, direttore dell'Istituto di Fisiologia di questa Università, ha tenuta una lesione sul tema « La fatica muscolare » al corso dei medici sportivi.

L'O. ha ricordato prima di tutto le nozioni anatomiche e fisiologiche del muscolo in generale per trattare poi della fatica e della stanchezza dei vari gruppi muscolari, e quindi del cuore e dell'apparato cardiovascolare coi suoi riflessi sulla funzione renale. Ha messo in giusta luce come l'eccessivo affaticamento porti a conseguenze dannose anzichè a vantaggi dell'organismo.

Il Ducceschi ha poi parlato dell'albuminuria e della cilindruria da strapazzo fisico, della morte improvvisa e sue ragioni, ed infine del funzionamento dei sistemi endocrini durante l'azione della fatica. Conclude sul valore che ha per la profilassi e per la terapia delle malattie da fatica il tener conto del tipo costituzionale.

* * *

Un'altra lezione allo stesso corso fu tenuta il 21 marzo nell'aula della Clinica Chirurgica dal prof. Aldo Zaniboni aiuto nella Clinica stessa.

Lo Zaniboni trattò delle principali lesioni traumatiche che si verificano negli esercizi sportivi. Dopo aver differenziata la traumatologia sportiva da quella da lavoro, ed aver enumerati i più frequenti fattori predisponenti e causali di trauma nello sport, l'O. ha passato in rapida rassegna le lesioni dell'apparato tegumentale, del sistema artero-venoso, di quello nervoso periferico, delle formazioni muscolo-aponeurotiche, delle ossa e delle articolazioni.

Si è quindi soffermato a studiare con dettaglio le lesioni scheletriche dell'articolazione tibio-tarsica e le lesioni dei menischi.

Lo Zaniboni ha chiuso la sua lezione affermando la maturità di una specializzazione di traumatologia sportiva, formulando l'augurio che essa più che a curare valga a prevenire le lesioni traumatiche negli esercizi sportivi, a tutela di quel prezioso patrimonio nazionale che è l'integrità fisica dei nostri giovani atleti.

Società medico-chirurgica della provincia di Treviso.

Il giorno 16 marzo nella biblioteca dell'Ospedale Civile, gentilmente concessa dall'Amministrazione, è stata inaugurata la Società Medico-Chirurgica della Provincia di Treviso. Oltre i soci erano presenti le autorità cittadine, fra le quali ricordiamo il conte Steno Bolasco, Segretario Federale del P. N. F., il vice Prefetto, il generale conte Marincola, il comm. Coletti, presidente dell'Ospedale, il dott. Bernardi, segretario del Sindacato dei Medici. Vollero gentilmente intervenire anche personalità dell'Ateneo Padovano e cioè il prof. G. M. Fasiani preside della Facoltà di Medicina, il prof. M. Truffi direttore della Clinica Dermosifilopatica, il prof. G. Cagnetto direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica, ed il prof. T. Terni direttore dell'Istituto d'Istologia.

Parlò per primo il conte Bolasco per esprimere voti augurali alla Società nascente; quindi il segretario di questa prof. A. Bozzoli, primario oculista, lesse numerose adesioni delle quali notiamo quelle dell'on. prof. E. Morelli. del senatore prof. L. Messedaglia, dei proff. Frugoni, Casagrandi, Pari dell'Università di Padova e di numerose altre autorità del mondo medico.

Prese quindi la parola il prof. P. L. Fiorani, presidente della Società e direttore dell'Ospedale. Egli, dopo aver ringraziati gli intervenuti, tracciò brevemente il programma che il nuovo sodalizio a suo parere deve svolgere. L'oratore insiste specialmente sul contributo che, in questa zona agraria, si attende dai medici delle campagne, i quali hanno la possibilità d'osservare e raccogliere un materiale scientifico non ancora sufficientemente studiato, seguendo il criterio di mettere in evidenza i nessi fra fenomeni morbosi ed ambienti nei quali essi si svolgono. I fattori morbigeni delle campagne vengono generalmente studiati fuori dall'ambiente e da persone che conoscono solo teoricamente la vita rurale. Il Fiorani parla anche delle scarse conoscenze che abbiamo della patologia professionale dei contadini nelle varie produzioni agrarie, e si augura che i medici delle zone rurali possano perciò portare alle adunanze della Società osservazioni di rilevante interesse per le speciali eziologie, patologie e profilassi.

Il conte Bolasco ed il prof. Fiorani furono entrambi vivamente applauditi. PLF.

Da Firenze.

All'Istituto Fotoradioterapico "Celso Pellizzari„

Il giorno 10 aprile u. s., nell'ingresso dell'Istituto Fotoradioterapico annesso alla Clinica Dermosifilopatica, ha avuto luogo l'inaugurazione di un medaglione ricordo in memoria del prof. Celso Pellizzari che venticinque anni or sono ne fu il benemerito fondatore.

Austera e solenne nella sua intima semplicità la cerimonia ha adunato nei locali dell'Istituto i professori del nostro Ateneo, un folto stuolo di medici oltre a numerosi amici e estimatori dell'Estinto, la cui genialità, cultura, bontà d'animo, rettitudine e operosità umanitaria sono vive e presenti in quanti ebbero la fortuna di conoscerlo, di avvicinarlo, di ascoltarne l'insegnamento limpido e suasivo. Ha preso per primo la parola il Magnifico Rettore prof. Burci che ha ricordato quanto altamente onori Firenze e la sua Università questa filantropica istituzione che fu la prima del genere a sorgere in Italia. Dopo di che il prof. Jader Cappelli, direttore della Clinica e dell'Istituto stesso, alla cui iniziativa devesi questo artistico ricordo, ha pronunziato un applaudito discorso esponendo quanto fece il compianto Maestro per dare vita a questa opera, la quale, pur funzionando indipendentemente in quanto vive con bilancio proprio e ha una sua indipendenza amministrativa, fa parte della R. Università e si è resa altamente benemerita per aver portato a tutt'oggi un contributo di assistenza a circa 17.000 malati, le cui

storie cliniche esattamente classificate rappresentano un interessantissimo materiale scientifico per lo studio, la profilassi, la terapia della tubercolosi e dei tumori maligni, forme morbose nelle quali l'Istituto ha modo maggiormente di esplicare la sua filantropica attività.

Alla Scuola di Applicazione di Sanità Militare.

Il giorno 12 c. m. il prof. Tusini, ordinario di Clinica Chirurgica nella R. Università di Genova ha tenuto una conferenza sul tema « Esiti e cura di traumatismi cranio-cerebrali e midollari ».

Con l'ausilio di numerose e belle proiezioni e sulla scorta di una casistica personale molto cospicua, l'O. ha fatto una magistrale esposizione di questi difficili e gravi interventi su feriti cranio-cerebrali e midollari, richiamando specialmente l'attenzione sul modo con cui sogliono presentarsi le sindromi residuali postoperatorie, le quali non debbono tuttavia far desistere il chirurgo da questi interventi, che, per quanto di una gravità eccezionale, possono produrre sovente un miglioramento e un beneficio duraturo e insperato.

CANALE.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Comitato per la medicina del Consiglio delle ricerche.

Con l'approvazione del Capo del Governo, sono stati nominati membri del Comitato Nazionale per la Medicina del Consiglio Nazionale delle Ricerche i proff.: Giulio Ceresole, Antonio Cesaris Demel, Bindo De Vecchi, Antonio Dionisi, Arturo Donaggio, Giuseppe Ovio, Alberto Pepere, Giuseppe Pianese, Demetrio Bruto Roncali, Eugenio Vanzetti, Gustavo Quarelli.

Importante riunione al Consorzio Provinciale Antitubercolare di Roma.

Per invito del R. Commissario per l'Amministrazione Provinciale di Roma, gr. uff. Ricci, si sono adunati nel salone del Consiglio provinciale i medici condotti del Lazio insieme con quelli che da tutte le Provincie d'Italia erano venuti a Roma per seguire il corso accelerato di clinica della tubercolosi all'Istituto « Benito Mussolini ».

Scopo della riunione è stato quello di iniziare i rapporti di collaborazione fra medici condotti e Consorzio antitubercolare a seconda delle recenti disposizioni emanate dal Ministero dell'Interno (cfr. pag. 644).

Alla cerimonia, la prima in Italia, voluta da un Preside della Provincia dopo la circolare dell'on. Arpinati, avevano aderito il direttore generale della Sanità che era rappresentato dal prof. Ilvento, il prefetto di Roma, il segretario generale dell'Associazione del Pubblico Impiego, il medico provinciale, il dott. Liebmann, il prof. Pastore ed altri.

Il dott. Lusignoli dirigente nazionale dei M. C., ha ricordato quali sono i compiti dei medici condotti nella lotta antitubercolare; ha detto come in tutti i medici condotti sia grande l'entusiasmo per questa opera di collaborazione coi Consorzi ai quali essi oggi sono chiamati, ha infine messo in evidenza come il Consorzio antitubercolare di Roma, con questa prima adunata, si sia posto all'avanguardia del vasto movimento di collaborazione fra M. C. e Consorzi: la luce anche questa volta parte da Roma; si augura che gli altri Consorzi ne seguano l'esempio.

Il gr. uff. Ricci, dopo aver ringraziato le autorità e i numerosi medici convenuti, ha tracciato brevemente l'opera compiuta dal Consorzio antitubercolare di Roma e quella che si appresta a compiere.

Il prof. Benedetti, ispettore sanitario, ha riassunto i capisaldi del lavoro tecnico che dal Consorzio sarà richiesto ai medici condotti, l'opera di ricerca dei malati che può esser compiuta soltanto dal medico condotto anche nelle più disagiate contrade; ha insistito sulla propaganda igienica che si deve fare in tutti gli ambienti ed ha accennato, concludendo, alla necessità che il medico condotto si tenga in stretti rapporti anche con i maestri di scuola affinchè la sua attività di prevenzione e di bonifica sia svolta principalmente nei bambini sui quali poggiano le fondate speranze del Regime.

Il Corso di tisiologia per i Medici condotti a Milano.

All'Istituto di Tisiologia nella Poliambulanza G. Ronzoni, il 3 aprile corr. il prof. Gaetano Ronzoni ha tenuto la lezione di chiusura del Corso di Tisiologia per i medici condotti, il quale è durato tre mesi ed è sempre stato assiduamente frequentato, essendo riuscito istruttivo ed eminentemente pratico.

Alla fine dell'ultima lezione il dott. Parodi, segretario provinciale dell'A.N.F.M.C., si è fatto interprete del sentimento dei medici condotti ed ha portato i più vivi ringraziamenti al prof. Ronzoni per l'opera sua di insegnante così volonterosa ed efficace, augurandosi che egli voglia continuare anche negli anni venturi il Corso di lezioni, alle quali ha dato un indirizzo veramente pratico.

Il prof. Ronzoni, ringraziando, ha annuito alla proposta del dott. Parodi, ed ha avvertito che il concorso per due monografie, l'una su un tema clinico, l'altra su un tema sociale, al quale possono prendere parte tutti i frequentatori del Corso, si chiuderà col 30 prossimo settembre.

6° Congresso internazionale medico d'infortunistica e patologia professionale.

Avrà luogo a Ginevra nell'agosto del 1931. Temi: 1) I risultati remoti e la evoluzione delle lesioni traumatiche del rachide; 2) I traumatismi dei vasi sanguigni; arterite e tromboflebite; 3) Le infezioni cutanee in rapporto agli infortuni sul lavoro; 4) Stato anteriore nelle sequele degli infortuni sul lavoro. Per informazioni rivolgersi al segretario generale Dr. Yersin, rue du Rhône 1, Genève, Svizzera.

19° Congresso stomatologico italiano.

Promosso dalla « Federazione Stomatologica Italiana » si svolgerà a Venezia dal 15 al 31 settembre, ed assumerà maggiore importanza dei Congressi passati, perchè organizzato sotto gli auspici dell'« Association Stomatologique Inter-

nationale ». Prenderanno perciò parte alle sedute scientifiche di questo anno, oltre a moltissimi medici italiani, anche molti stomatologi stranieri che hanno già promesso il loro intervento: saranno presenti anche tutti i delegati della A. S. I. di tutte le Nazioni.

La Federazione Stomatologica Italiana ed il Comitato ordinatore hanno stabilito di organizzare, annessa al Congresso, una Mostra Libraria riguardante la Stomatologia, l'Odontoiatria, l'Odontotecnica, ecc.: tale Mostra avrà luogo nell'Ospedale Civile di Venezia, dove saranno tenute le sedute scientifiche. Per la parte tecnica della Mostra ha offerto gentilmente la sua opera il sig. Umberto Sormani, proprietario della Libreria Scientifica in Merceria S. Giuliano in Venezia.

Per informazioni e adesioni rivolgersi al presidente del Comitato Promotore, prof. dott. Umberto Saraval, primario stomatologo, Ospedale Civile, Venezia.

Giornate mediche di Bruxelles.

La 10ª sessione di queste « giornate mediche » sarà tenuta nei giorni 28-30 giugno e 1-2 luglio e rivestirà eccezionale importanza perchè coinciderà con la celebrazione del centenario dell'indipendenza belga.

Le « giornate » saranno presiedute dal prof. J. Bordet e avranno larga collaborazione internazionale.

Le iscrizioni sono di 75 franchi per i medici e di 50 franchi per i famigliari. Le ferrovie belghe accorderanno la riduzione del 35 %. Per informazioni rivolgersi al dott. R. Beckers, 62, rue Froissart, Bruxelles, Belgio.

Congresso sulle malattie digerenti e del ricambio.

Come abbiamo annunziato, la « Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechsel-Krankheiten » terrà la sua 10ª adunanza dal 6 all'8 ottobre in Budapest, presso la III Clinica Medica Universitaria, sotto la presidenza del prof. von Korányi. Temi: « Cambiamenti di posizione e di forma del tubo digerente, in specie ptosi e diverticoli »; « Malattie delle ossa, nei loro rapporti col ricambio del calcio, con le secrezioni interne e con le vitamine »; « Infiammazioni degli organi digerenti come problema patogenetico ». Si tratterà anche dell'organizzazione della cucina nelle Cliniche di Budapest. Al convegno sarà unita una mostra di preparati farmaceutici. Per informazioni rivolgersi al segretario generale, prof. R. von den Velden, Bamberger Str. 49, Berlin W 30, Germania.

Congresso medico sud-africano.

Il 24° Congresso medico sud-africano (3° Congresso dell'Associazione Medica del Sud-Africa) si terrà, in coincidenza col 3° Congresso sud-africano delle Scienze, a Durban dal 21 al 26 luglio, sotto la presidenza del dott. M. G. Pearson. In sedute plenarie verrà discussa la formazione di un servizio medico ed infermieristico con elementi indigeni per il Sud-Africa. Il Congresso comprenderà 5 Sezioni. Gli uffici hanno sede alla National Bank Chambers, 4/6, West Street, Durban, Unione Sud-Africana.

Corso di patologia esotica e di parassitologia medica.

Nell'Istituto delle malattie nautiche e tropicali di Amburgo (Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten) verrà tenuto quest'anno un corso dal 6 ottobre al 20 dicembre.

Il corso comprende conferenze, dimostrazioni ed esercizi pratici sui seguenti soggetti: clinica, etiologia, anatomia patologica, trasmissione delle malattie esotiche, e così pure lotta contro di esse; introduzione allo studio dei protozoi patogeni, dell'elmintologia e dell'entomologia medica, delle epizoozie e dell'ispezione delle carni, ed infine dell'igiene nautica e tropicale. Prospetti particolareggiati dietro richiesta.

Il corso sarà tenuto dai signori: F. Fülleborn, G. Giemsa, F. Glage, M. Mayer, E. Martini, P. Mühlens, E. Hauck, N. Paschen, E. Reichenow, W. Weise, E. Sannemann.

I partecipanti, purchè medici approvati, potranno a richiesta sottomettersi ad un esame finale.

Si prega d'iscriversi al più tardi due settimane prima dell'apertura del corso e d'inviare ogni corrispondenza all'Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Bernhard-Nochtstrasse 74, Hamburg 4, Germania.

Le quattro armonie biologiche.

Il prof. Nicola Pende ha tenuto a Roma, il 14 aprile, nell'Aula del Collegio Romano, una conferenza dal titolo suggestivo surriferito.

V'intervennero il ministro della educazione nazionale, on. Balbino Giuliano, il prefetto Montuori, molti senatori e deputati, eletti rappresentanti del ceto medico, intellettuale e didattico.

L'oratore dimostrò che la personalità umana integrale ci appare come una piramide quadrilatera al cui apice sfavilla la sintesi vitale di tutti i processi biologici; ed ecco le quattro facce della piramide: morfologia, funzione, moralità, intelletto.

Qui egli offre una rapida visione dei rapporti tra lo sviluppo dell'architettura del corpo umano ed il firmamento endocrino, entrato oggi quale elemento imprescindibile nella fisiologia e nella patologia. Dall'antagonismo delle varie forze di questo sistema risulta, nelle sue infinite varietà, la nostra forma corporea. Quando la risultante è proporzione matematica, ecco scaturirne la bellezza, come Venere dalle spume del mare. Così la salute vera è armonia di funzioni; così il senso morale è armonia di sentimenti e di istinti; così la saggezza è armonia dell'intelletto. Come l'armonia morale è equilibrio tra egoismo e altruismo, così l'armonia dell'intelletto è equilibrio tra obiettivismo e subiettivismo, tra logica e astrazione.

Il perfetto equilibrio integrale, l'armonia tra le quattro armonie, è inattuabile in realtà ed è utopia: l'organismo meno disarmonico è il meno imperfetto.

Il genio è l'espressione di una disarmonia più stridente, a detrimento di tre facce della piramide per il trionfo dell'intelletto.

L'oratore discute poi la natura della felicità e dell'educazione. Termina rilevando che noi italiani siamo forse la Nazione più preparata alla scuola dell'armonia somatica e psichica.

Questa, nelle linee principali e quasi schematiche, la smagliante conferenza, tutta compenetrata dalla dottrina e dalle indagini scientifiche personali dell'oratore.

Essa venne replicatamente e vibratamente applaudita.

Per la creazione dell'Istituto Stomatologico a Roma.

Si è recato a Roma il prof. Harvey Burkhart, direttore della Clinica odontoiatrica di Rochester, come delegato del sig. Eastman, per i definitivi accordi circa il grande Istituto stomatologico che presto verrà costruito di fronte alla Clinica odontoiatrica della R. Università.

Alte personalità del Governo hanno ricevuto il prof. Burkhart il quale, dopo aver visitata la Clinica odontoiatrica della R. Università, espresse la più viva ammirazione per l'organizzazione tecnica e la perfezione dei servizi sanitari che la distinguono.

Un sanatorio per sacerdoti.

Pei sacerdoti e per gli aspiranti al sacerdozio, colpiti o minacciati dalla tubercolosi, sorge un Sanatorio per iniziativa di mons. Nazareno Orlandi, segretario della Federazione del Clero Italiano: e sorge presso Arco, nella villa Bellaria, messa a disposizione dell'anzidetta Federazione dal principe arcivescovo di Trento mons. Celestino Endrici; ed ora il Pontefice, volendo personalmente concorrere alla completa attuazione della iniziativa, ha messo a disposizione dell'Opera che sta per sorgere la somma di centomila lire.

Beneficenza.

La signora Ester Preyer vedova del rag. Carlo Canali, già capo cassiere della Cassa di Risparmio delle provincie lombarde di Milano, per onorare la memoria del compianto suo marito, ha donato all'Ospedale Maggiore di Milano L. 100 mila circa nominali di titoli, riservandosene l'usufrutto vitalizio.

Manicomi in fiamme.

Un violento incendio ha distrutto un intero fabbricato del Manicomio di Tooting Bec-Road (Inghilterra) dove si trovavano ricoverati 2200 infermi.

Le fiamme, sviluppatesi al terzo piano dell'edificio, si sono rapidamente propagate ai sottostanti reparti e hanno in breve resa estremamente difficile l'opera di spegnimento. Per fortuna, accortisi a tempo dell'incendio, i medici e gli infermieri di servizio sono riusciti a dare l'allarme e a condurre i ricoverati in salvo. Grazie al sangue freddo dei dirigenti, la maggior parte dei dementi non si è resa conto del pericolo.

Nel manicomio di Coantrim (Irlanda), si è improvvisamente sviluppato un violentissimo incendio che ha posto in serio pericolo i 500 ricoverati fra uomini e donne che in esso si trovavano. Gli inservienti, aiutati dalla polizia e da volonterosi borghesi, sono riusciti a trarre in salvo i ricoverati; pare che vi siano molte vittime.

Aumento dei medici in Francia.

Il numero dei medici esercenti in Francia è aumentato da 16.815 nel 1900 a 27.500 nel 1928, mentre la popolazione è aumentata in proporzione appena sensibile, da 38.462.601 a 40.743.000. Nel 1913 si contava 1 medico ogni 2300 abitanti; nel 1928 la proporzione era cresciuta a 1:1400.

Nel dipartimento della Senna il numero dei medici è aumentato in proporzioni ancora maggiori, da 2208 nel 1913 a 5530 alla fine del 1929, mentre la popolazione è aumentata solo di poco.

Il numero dei diplomati è in iscremento continuo: da 1369 nel 1922 è passato negli anni successivi a 1398, 1682, 1900, 2211, 2414, 2991. In gran parte, questa sovraproduzione di medici è dovuta ad elementi stranieri: non v'è alcun'altra Nazione in cui abbondino tanto i medici stranieri. Tra i 2991 diplomati del 1928 ve ne furono 684 stranieri, tra cui 79 donne: uno straniero ogni 7 nazionali. La sproporzione diventa ancora più elevata a Parigi ove per es. nel 1927 si diplomarono 606 francesi e 297 stranieri, e tra i medici stranieri ne furono ammessi all'esercizio 96 (trasformazione dei diplomi universitari francesi o dei diplomi stranieri in diplomi statali).

Oggi i medici stranieri naturalizzati francesi ed ammessi all'esercizio sono più di mille, ma si teme che il loro numero verrà presto raddoppiato, se il Governo continuerà a concedere con tanta facilità i diplomi statali.

Associazione dei giornalisti medici francesi.

L'Associazione professionale dei giornalisti medici francesi ha tenuto la sua assemblea generale ed ha costituito come segue il suo ufficio per il 1930: presidente Henri Bouquet; vice-presidenti O' Followell e De Fourmestrause; segretario A. Garrigues; segretario aggiunto Molinéry; tesoriere Mathé.

La Cassa mutua di ritiro tra giornalisti medici francesi ha costituito come segue il suo ufficio per il 1930: presidente Duchesne; vice-presidente Paul Manceau; segretario Bouland; segretario aggiunto P. Mabille; tesoriere A. Garrigues.

Alla Facoltà medica di Parigi.

Per ragioni che sfuggono ad ogni esame, gli studenti della Facoltà medica di Parigi hanno turbato, con manifestazioni clamorose, il corso del prof. Blanchetière, il quale è stato posto nell'impossibilità d'impartire il suo insegnamento. Il decano Roger ebbe a rivolgersi al ministro della Pubblica Istruzione, che sospese tutti i corsi fino al 22 marzo; ma poi le turbolenze hanno ripreso.

Si ricorda che anche il prof. Blanchard era stato vittima di simili « chahuts »; poi egli divenne uno degli insegnanti più amati e più quotati della Facoltà.

Un monumento a Orfila.

Sotto gli auspicî del municipio di Mahon, capitale di Minorca (nelle Isole Baleari), ove il 24 aprile 1787 nacque Mateo Bonaventura Orfila, si è costituito un Comitato per erigere alla memoria del grande medico un monumento, il quale sorgerà di fronte alla via che porta il suo nome e dove si trova la sua casa natale, sulla passeggiata Isabella II.

Orfila appartiene alla Spagna per la famiglia, per la nascita, per l'educazione infantile; ma in Francia egli ha trovato i mezzi di lavoro, una

situazione di prim'ordine, tutti gli onori e i successi che poteva sperare; è a Parigi che trascorse quasi tutta la sua esistenza e fondò le sue magnifiche opere filantropiche.

La Spagna e la Francia gli devono, pertanto, un duplice omaggio.

La fabbrica Massone di prodotti chimico-farmaceutici a Buenos Ayres.

Con straordinaria solennità si è inaugurata, il 14 aprile, questa fabbrica imponente, dovuta ai due fratelli Arnaldo ed Attilio Massone e che costituisce un magnifico esponente della collaborazione italo-argentina. Oltre che a scopi industriali, è destinata a divenire un centro d'investigazioni e di studi scientifici.

Assistevano alla cerimonia il decano della Facoltà di medicina prof. Iribarne, moltissime altre notabilità mediche, il console italiano Orsini Ratto, il prof. Serono, delegazioni mediche di Montevideo e del Cile, ecc. Numerosi i discorsi.

Tutta la stampa locale ha rilevato l'importanza dell'avvenimento.

Una mostra d'arte di medici.

Il 30 marzo venne inaugurata a Napoli, nel salone delle Associazioni universitarie fasciste professori ed assistenti, con l'intervento delle autorità politiche locali ed accademiche e del miglior pubblico intellettuale, una mostra d'arte i cui espositori dilettanti sono quasi tutti chirurghi.

Promotore ne è stato il prof. Luigi Manzi. Il successo, attestato dalla frequenza del pubblico, è stato pieno.

Infortuni di sanitari.

Il prof. Giorgio Dessy, dell'Istituto Sieroterapico Milanese, tornando a Milano con la propria macchina da una gita, nei pressi di Binasco, perduta la guida, andava a rovesciarsi in un fossato che costeggia la strada. Riportò la frattura di una spalla. La signora e il bambino, che erano pure sulla vettura, rimasero incolumi.

Falso medico.

La Corte d'Appello di Perugia ha respinto il ricorso avanzato da Gino Bersanetti, di cui demmo già notizia, il quale aveva usurpato le funzioni di medico ed era stato condannato in contumacia. Il Bersanetti si era rifugiato in Svizzera, ma è stato consegnato alle nostre autorità e tradotto in carcere.

A soli 33 anni è morto il dott. CARLO PIOLI, medico condotto a San Giovanni Valdarno, per un'infezione scarlattinosa complicatasi, contratta nell'esercizio professionale. Sposo da 9 mesi, lascia la moglie incinta. Il compianto è stato unanime in tutto il Valdarno, ove egli esercitava da 8 anni.

G. C.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII — Roma, 5 Maggio 1930 — Num. 18

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI SASSARI.

La ritenzione clorurata nella polmonite e la cura dei fenomeni tossici della polmonite e di altri stati settico-infettivi, mediante piccole iniezioni ripetute di soluzione fisiologica.

Prof. GIUSEPPE SABATINI, direttore inc.

Nel 1926, al XXXI Congresso della Società Italiana di medicina interna, presentai una comunicazione sulla cura dei fenomeni tossici della polmonite mediante le piccole ripetute fleboclisi con soluzione fisiologica.

La comunicazione, iscritta all'ordine del giorno, non fu potuta svolgere in seduta per mancanza di tempo: ho continuato ad occuparmi dell'argomento ed ora espongo nell'insieme i risultati ottenuti.

Il punto di partenza del mio studio è derivato dalla nozione, divenuta classica, che nella polmonite crupale è di regola quasi costante una notevole diminuzione dell'eliminazione urinaria dei cloruri, i quali talvolta possono anche scomparire del tutto, onde la reazione col nitrato d'argento riesce negativa nelle orine o dà appena un inalbamento.

Colla crisi, entro 1-4 giorni, si manifesta la nota scarica di cloruri, che possono allora superare i 20 grammi nelle 24 ore.

Questa diminuzione, fin quasi alla scomparsa, dei cloruri urinari durante il periodo evolutivo della polmonite, che si suole indicare col nome di « ritenzione del cloro », ha formato l'oggetto di molti studi.

Il primo a segnalare una ritenzione di cloruro di sodio nella polmonite fu Redtenbacher (1) (sec. Garratt) (2).

Dopo si sono occupati dell'argomento, con ampiezza, Labbé (3), Laubry (4), Loeper (5),

---

(1) REDTENBACHER. Zeitschr. d. K. K. Gesselleschaft d. Aertze, Wien, 1850.
(2) GARRATT. Med.-chir. Transact., LXXVII, 1904.
(3) LABBÉ. Thèse de Paris, 1903.
(4) LAUBRY. Ibid., 1903.
(5) LOEPER, cit. da MENETRIER e STÉVENIN, *Nouveau Traité de médecine*, pubbl. da ROGER, WIDAL e TEISSIER, fasc. I, pag. 216, 1920.

Bittorf e Jochmann (6), Viola e Patella, v. Hoesslin (7) ecc.; nel lavoro di quest'ultimo ed in quello sopracitato di Garratt si trova riportata quasi tutta l'antica letteratura sull'argomento.

Con una lunga ed accurata serie di ricerche — quantunque non recentissime, essendo molti dei dati, che diremo, già risultanti dal lavoro di Howitz (8) — è stata indagata la possibile correlazione della ritenzione clorurata coi diversi fattori morbosi presenti nel polmonitico.

Così si è visto che questa ritenzione non dipende dalla febbre in se stessa o dal suo grado di altezza, nè dalle condizioni organiche generali o locali, nè dalla percentuale orinaria dell'azoto.

Il polmone malato non è che apparentemente più ricco di cloruro del normale, in quanto che percentualmente ne contiene quanto il polmone sano (Reale (9), Hutchinson (10), v. Jarisch (11), Meillere (12), ecc.).

Nè altri tessuti od organi si sono dimostrati la sede di questa ritenzione: infatti sono state negative le ricerche chimiche portate sul cuore, sui muscoli volontari, sul fegato, sul sangue.

È importante aggiungere che anche le somministrazioni orali di cloruro di sodio durante il periodo febbrile sono seguite da ritenzione notevole di sale: Laubry, in polmonitici che prendevano circa 4 gr. di sale al giorno, non ne ritrovava che gr. 1,75 nelle orine.

Del comportamento del cloro nella polmonite sono state date molte interpretazioni, ma nessuna appare indiscutibile e senz'altro accettabile.

La prima congettura avanzata è quella di Traube (13), che ritiene la scarsa eliminazione dei cloruri nei polmonitici come dovuta a deficiente assorbimento intestinale e a perdita salina colle feci: però altre ricerche dirette in questo senso non dimostrarono questa perdita fecale dei cloruri (Schwarz, v. Hösslin, ecc.); nè dirigendo le ricerche in altri campi, furono trovate nel sudore e nell'espettorato perdite apprezzabili di cloruro sodico tali da giustificare il fenomeno urinario. Neppure evidentemente hanno bastevole valore le ipotesi che la ritenzione clorurata dipenda dalla ipoalimentazione e dal regime latteo (Charvot, Chalvet, Hoepfner) o da un'insufficienza renale, e più esattamente da un'alterazione specifica degli endoteli vasali (Strümpell, Hutchinson) con ritenzione renale od estrarenale di cloruro di sodio (Volhard).

Essendo evidentemente troppo particolare, caratteristica e costante questa ritenzione di cloruro durante il processo pneumonico, e risultando per di più che anche le aggiunte di sale all'alimentazione dànno luogo a ritenzioni, mentre invece, a malattia finita, il cloruro abbandona rapidamente ed in maniera massiva l'organismo, quasi che avesse finita una sua funzione, mi sembra che non si possa fare a meno di pensare che nella polmonite il cloruro di sodio debba essere trattenuto nell'organismo in dipendenza di fattori specificamente inerenti al processo morboso e collegati con esso. Quali però siano questi fattori non è stato mai finora precisato.

Röhmann (14) parlò di una « ritenzione specifica », ma questa frase, se ha il merito di fissare un concetto di specificità, non risulta fondata su una spiegazione inoppugnabile, in quanto che quest'autore ammise che il cloruro di sodio fosse ritenuto per unirsi all'eccesso di albumina circolante, e che quindi venisse eliminato con questa. Giustamente v. Hösslin obbietta a questa idea due dati di fatto: anzitutto quello che nel sangue dei polmonitici non si riscontra aumento di cloruri, e poi l'altro che, a crisi avvenuta, l'aumentata eliminazione del cloruro non si associa con un correlativo aumento dell'azoto.

Un tentativo di spiegazione biofisica fu fatto da Hijmans van den Bergh (15) supponendo che il cloruro di sodio servisse a mantenere la pressione osmotica del sangue, modificata dai processi pneumonitici; ma anche a questa ipotesi sono state mosse documentate obbiezioni.

In O. De la Camp (16) ho trovato un accenno, che mi è sembrato si avvicini alla interpretazione, che ritengo debba darsi al fenomeno in parola: e cioè che il cloruro di sodio ritenuto abbia, nella polmonite, una funzione sui processi immunitari, i quali si

---

(6) BITTORF e JOCHMANN. Deutsch. Arch. f. inn. Med., Bd. 89, pag. 486.
(7) v. HOESSLIN. Ibid., Bd. 93, pag. 404, 1908.
(8) HOWITZ. Schmidt's Jahrbuch, XCV, 1857.
(9) REALE. Med.-chir. Trans., XXXV, 1852.
(10) HUTCHINSON. Journ. of path. Anat. and bakt., 1899.
(11) v. JARISCH. Wien. med. Jahrbucher, 1877.
(12) MEILLERE. Compt.-Rend. Soc. de Biol., 1901.
(13) TRAUBE. *Die Krankheiten d. Resp.- u. Zirkul.-Apparates*, Berlin, 1867.

(14) RÖHMANN. Zeitschr. f. klin. Med., I, 1880.
(15) H. VAN DEN BERG. Nederl. Tijdsch. voor Geneesk., XI, 1901.
(16) DE LA CAMP, in KRAU e BRUGSCH. Spez. Path. u. Ther. inn. Krank., III, Bd. II, Teil, pag. 162, 1924.

vengono svolgendo durante il periodo febbrile di malattia; e più precisamente il De la Camp pensa che il cloruro di sodio man mano trovandosi in concentrazione sempre maggiore, esplichi una funzione paralizzante sui processi di anafilassi, che si svolgono nei polmonitici. E qui mi è necessario ricordare, prima di procedere oltre, la serie importantissima di ricerche sperimentali e di applicazioni cliniche, che sono state fatte riguardo al comportamento del cloruro di sodio nelle occlusioni intestinali e ai sorprendenti vantaggi che apportano le iniezioni di soluzioni saline, generalmente ipertoniche, nel combattere la minacciosa intossicazione derivante dalla occlusione intestinale, specie di quella alta. Quando io ho cominciato le mie ricerche (1923) questi studi, almeno per la parte terapeutica, non erano apparsi, nè io mi sono affatto ricollegato ad essi, essendo, come ho detto, partito da un punto di vista totalmente differente.

Sarebbe troppo lungo riferire i dati acquisiti a proposito dei cloruri nell'occlusione intestinale, dei quali sopratutto gli sperimentali, riguardanti la ipocloruremia rapidamente installantesi nelle occlusioni, sarebbero interessanti anche per quanto io verrò deducendo. Essi partono dagli studi generici di Hartwell e Hoguet (17) e di Mac Callum (18) e trovano una larghissima estensione in una serie ininterrotta di ricerche sugli animali fatte da Haden e Orr (19), confermate in Francia da Binet e Fabre (l. c.). Da queste ricerche è risultato che le modificazioni chimiche del sangue e delle orine nelle occlusioni consistono soprattutto in un aumento graduale (fino a 6 volte il valore iniziale) dell'urea e dell'azoto non proteico, nonchè della riserva alcalina; questi fatti umorali sono preceduti da una caduta dei cloruri nel sangue e dalla loro enorme riduzione, fino alla scomparsa, nelle orine: questa diminuzione di cloruri, si trova anche negli organi interni (muscoli ed ancora più fegato).

Circa le occlusioni sia per la letteratura, sia per i risultati ottenuti colle iniezioni clorurate e sia infine per l'interpretazione dei fatti, rimando ai pregevoli lavori recenti di Gosset, Binet e Petit-Dutaillis (20) e di Cernezzi (21); in questi lavori si trova anche tutta la parte clinica riguardante i favorevoli risultati ottenuti da innumeri autori, mediante le iniezioni di cloruro di sodio, per lo più in soluzioni ipertoniche, per combattere i disturbi organici generali derivanti dall'occlusione.

Tornando alla nostra disamina, io ritengo che l'azione del cloruro sodico nel processo pneumonico si possa spiegare e si debba interpretare in base ai concetti moderni della fisico-chimica.

Il cloruro sodico è un cristalloide, e come tale deve esplicare la sua funzione, influendo sugli ambienti e sugli stati colloidali dell'organismo umano, secondo le bene note leggi, che regolano le influenze reciproche fra elettroliti e colloidi.

Lo spostamento dei fosfati, che nella polmonite avverrebbe in senso inverso alla ritenzione dei cloruri (eliminazione abbondante) può servire in questa interpretazione, io credo, di controprova e di guida, conoscendosi l'azione di *puffer* dei fosfati, e la importanza che la concentrazione dei joni idrogeno, regolata dai *puffer*, ha sulla intensità delle reazioni fisicochimiche fra soluzioni di elettroliti e di colloidi.

Per trovare un appoggio sperimentale a queste vedute, ho intrapreso, come dicevo, da tempo lo studio delle modificazioni, che nell'organismo del pulmonitico possono essere prodotte mediante l'introduzione ripetuta di piccole dosi di cloruro di sodio, indagando queste modificazioni da due punti di vista: uno fisico-chimico, riguardante le eventuali modificazioni dello stato del sangue e del siero, e l'altro clinico, diretto ad accertare se e quali influenze manifestano sui sintomi delle malattie queste introduzioni sistematiche di cloruro di sodio.

La prima parte dell'indagine è ancora incompleta; della seconda posso riferire le constatazioni cliniche fatte.

Il metodo seguito è stato quello di iniettare nei polmonitici accertati, e per lo più già oltre la 4ª giornata di malattia, delle dosi di 20 a 30 (di rado fino a 50) centimetri cubici di soluzione fisiologica (cloruro sodico al 7,5 ‰) per via intravenosa. Le iniezioni sono state ripetute mattino e sera; a volte sono state sistematicamente eseguite quattro volte al giorno (circa ogni 6 ore).

(17) HARTWELL e HOGUET. Journ. Am. Med. Assoc., IX, 13 luglio 1912.

(18) MC CALLUM, LITZ, VERMILTE, LEGGET e BOAS. John Hopkins Hospital's Bull., XXXI, 1920.

(19) HADEN e ORR. Rif. nel lavoro di GOSSET, BINET e PETIT-DUTAILLIS, l. c.

(20) GOSSET, BINET e PETIT-DUTAILLIS. Presse médicale, n. 2, e n. 100, 1928.

(21) CERNEZZI. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 11, 1929.

L'iniezione veniva fatta adoperando una comune siringa di vetro, di corrispondente capacità, e con la tecnica solita per le iniezioni endovenose.

Non ho constatato nessuna influenza da parte di queste piccole fleboclisi ripetute sulla malattia in sè, soprattutto rispetto alla sua durata. Ma senza eccezione ho constatato uno spiccato benefico effetto sulle condizioni generali degli infermi: talvolta (circa nel 25 % dei casi) si è manifestato anche un abbassamento termico.

Questo benefico effetto si appalesa in modo particolarmente apprezzabile negli infermi con gravi fatti tossici: lingua arida, coriacea, nerastra, sensorio ottuso o stato di eccitazione, forte dispnea, tremori, ecc. In genere gli infermi divengono in brevissimo tempo più calmi, la lingua specialmente tende subito ad inumidirsi, le condizioni generali si risollevano, il malato dice di sentirsi meglio. L'infermo appare disintossicato e meno grave: in più di un caso, ove esistevano condizioni gravissime ed assai allarmanti, il miglioramento decisamente raggiunto, si è mantenuto fino alla crisi con conseguente guarigione.

Nelle ricerche ancora limitate, che ho eseguite per vedere il comportamento dei cloruri orinari in seguito agli apporti di cloruro sodico iniettato, ho potuto constatare che, conformemente a quanto era stato dimostrato per le ingestioni sperimentali di sale somministrato ai polmonitici, non tutto il cloruro iniettato ricompare sulle orine. Però la quantità di urina emessa nelle 24 ore in genere aumenta.

L'interpretazione dei fatti clinici osservati non può cercarsi che secondo le linee direttive sopra accennate, di una funzione cioè fisico-chimica del cloruro di sodio.

Introducendo direttamente nel torrente circolatorio, attraverso la vena, la soluzione fisiologica, si viene a mettere a contatto del sangue un elettrolito attivo, quale è il cloruro di sodio. Esso non può non esercitare un'influenza sul complesso colloidale del sangue o per lo meno su alcuni dei colloidi esistenti, determinandone delle modificazioni nello stato chimico-fisico.

Sarà certo difficile od impossibile stabilire quali siano queste reazioni colloidali, e soprattutto su quali colloidi si manifestino — tanto più che le alterazioni della struttura fisicochimica del sangue, indubbiamente esistenti nelle infezioni, specie setticemiche, e nelle tossiemie sono ancora poco precise (22) — ma tutte le acquisizioni moderne d'immunologia sono orientate verso questo tipo di indagine chimico-fisica, che io prendo a base per la spiegazione dei risultati clinici da me ottenuti.

Per spiegare i benefici ottenuti colle soluzioni di cloruro di sodio nelle intossicazioni determinate da occlusione intestinale, ed in considerazione del fatto che il cloruro di sodio iniettato non riappare nelle orine, non si trova nei tessuti, non abbandona il corpo col vomito sotto forma di acido cloridrico, Hadden e Orr ammettono che il cloruro di sodio stesso si combini coi prodotti tossici, e da questa combinazione nasca un nuovo prodotto atossico, mentre aumenta la riserva alcalina del sangue. Detti autori costruiscono una formula di questo genere:

$$T^{x} + NaCl + H^{2}CO^{3} = T^{x}.HCl + NaHCO^{3}$$

ove T^{x} rappresenta l'ignota tossina, e $T^{x}.HCl$ il composto atossico di combinazione.

Gosset, Binet e Petit-Dutaillis riportando questa formula la appoggiano sulla constatazione fatta da Feuillé (23), che cioè nel cane normale le iniezioni di soluzione di cloruro di sodio portano al passaggio di bicarbonati nelle orine.

Questa concezione dell'influenza del cloruro su una tossina si accorda in fondo con un concetto più ampio, di indole generica immunitaria, nel senso colloidale da noi inteso.

Ricorderò, come fondamenti generali, che già Bordet aveva intravvedute e affermate le somiglianze fra le reazioni immunitarie e quelle della chimica colloidale. Su questa via, coi prospetti della fisico-chimica, si è d'allora percorsa molta strada, per opera di innumeri studiosi. Infatti H. Gideon Wells nel suo recente libro su gli aspetti chimici dell'immunità (24) comincia con l'affermazione che le reazioni di immunità, utilizzate dall'organismo umano vivente per difendersi contro l'aggressione chimica dei suoi nemici e resistere in un ambiente ostile, sono delle reazioni chimiche. I reattivi impiegati sono da un lato le sostanze provenienti dai tessuti dell'organismo e dall'altro lato i veleni parassitari: delle une e degli altri ignoriamo la costituzione e conosciamo solo gli effetti risultanti dalla loro reciproca attività, onde, in questo senso, la chimi-

(22) È importante, a questo proposito, ricordare che le sostanze ad alto potere tossico, cui si attribuiscono i fatti di avvelenamento nelle occlusioni intestinali, sarebbero come ricorda GOSSET, una proteosi secondo ROGER e GARNIER e secondo WHIPPLE e l'istamina secondo GERARD.

(23) FEUILLÉ. Compt.-Rend. de la Soc. de Biol., LXXXI, 1918.

(24) H. GIDEON WELLS. *Les aspects chimiques de l'immunité*, trad. et annoté par L. BOËZ, O. Doin, Paris, 1928.

ca dell'immunità è comparabile a quella degli enzimi. E in molte manifestazioni immunitarie le leggi fisico-chimiche hanno trovato applicazione.

Da un'antica osservazione di Bordet (25) risulta che l'agglutinazione dei batteri non ha più luogo quando la sospensione batterica ed il siero agglutinante, prima di essere messi a contatto, sono stati privati, mediante la dialisi, dei sali; addizionando di nuovo una minima quantità di cloruro di sodio si ha immediatamente l'agglutinazione; osservazione questa, contraddetta da Porges (26), ma confermata da Northrop e De Kruif (27), la quale, come fa notare Gideon Wells, indica la stretta parentela fra l'agglutinazione batterica e la precipitazione dei colloidi per mezzo degli elettroliti. Neisser e Friedmann (28) affermano che, comportandosi i batteri e le agglutinine come delle miscele colloidali costituenti una sospensione colloidale anfotera, i joni degli elettroliti, scaricandone disugualmente la carica elettrica, ne provocano la precipitazione.

Tutti gli altri fattori fisico-chimici (concentrazione dei joni-idrogeno, equilibrio di Donnan, punto isoelettrico, ecc.) agenti sulle soluzioni colloidali si veggono entrare in funzione anche sui fenomeni immunitari della agglutinazione e della precipitazione.

La spiegazione del fenomeno della neutralizzazione della tossina con l'antitossina, secondo leggi fisico-chimiche, non è ancora riuscita, sopratutto perchè non si è potuto, per questa via, spiegare la specificità delle reazioni immunologiche, nè coll'interpretazione di Arrhenius e Madsen nè con quella di Bordet.

Invece le leggi della fisico-chimica si sono dimostrate applicabili ai fenomeni della lisi: citerò a questo riguardo un solo fatto, che riguarda l'influenza degli elettroliti.

Coulter (29) (cit. da Gideon Wells), ha dimostrato che avanti e dietro un punto isoelettrico corrispondente a $pH = 5,3$ la presenza di elettroliti aumenta la proporzione di antigeni ed anticorpi combinati; in altri termini gli elettroliti diminuiscono la dissoluzione dell'antigene e dell'anticorpo, quando si va al di fuori del punto isoelettrico.

Desidero infine ricordare che Huntoon, Masucci e Hannum (30) studiando la natura chimica degli anticorpi agglutinanti e protettori del siero antipneumoconico avrebbero dimostrato che questi sono di natura colloidale o che per lo meno accompagnano dei colloidi.

Come si vede dunque c'è tutta una serie di acquisizioni, le quali permettono di ritenere che una soluzione di elettrolito, quale la soluzione fisiologica di cloruro di sodio, messa a contatto del sangue del pneumonitico debba esercitarvi l'azione degli elettroliti sui colloidi: questi colloidi possono essere di natura immunitaria, come pure potrebbero essere rappresentati da proteine tossiche circolanti non specificamente immunitarie.

Ora noi, introducendo nel sangue un elettrolito, e per di più un elettrolito in piccola dose (parlerò più oltre dell'importanza della dose) dobbiamo venire a turbare l'equilibrio colloidale del sangue stesso, in rapporto almeno a determinati suoi costituenti. E questi, come ho detto, possono essere rappresentati da sostanze proteiche generiche ed aspecifiche; ma possono anche appartenere a quelle sostanze non definite ancora che sostituiscono i prodotti immunitarî.

E così si spiega anche perchè quest'azione del cloruro sodico, cui dobbiamo riconoscere così intensa azione, in base agli indici clinici, sia esplicata da dosi piccole e ripetute.

Le iniezioni di soluzione fisiologica fatte allo scopo di lavaggio del sangue, — ed in tal senso spesso precedute o seguite da salasso — sono state da tempo trovate utili, ma sempre in dosi di 200-500 grammi; ora queste grandi masse hanno un'azione assolutamente differente delle piccole dosi, da noi studiate, per le quali non può pensarsi che agiscano collo stesso meccanismo delle grandi trasfusioni di acqua salata. Mentre invece è un'elementare e fondamentale legge di fisico-chimica quella che l'azione degli elettroliti sui colloidi si esplica per *piccole dosi* e secondo le *leggi di zona* o la legge della concentrazione dell'elettrolito.

Ecco perchè io ho ottenuto i fatti clinici segnalati, e li ho riprodotti periodicamente, durante le giornate di malattia, ripetendo le fleboclisi di 20-25 cmc. di soluzione fisiologica, ed ottenendone ogni volta lo stesso effetto.

Le iniezioni di acqua distillata non mi hanno quasi mai manifestati degli effetti decisi: ciò conferma l'ipotesi interpretativa, che sono venuta delineando.

E un'altra conferma di essa si ha nel fatto che nessun effetto ho ottenuto dalle iniezioni

---

(25) Bordet. Annales de l'Inst. Pasteur, XIII, pag. 225, 1899.
(26) Porges. Zentralblatt f. Bakt., 1905.
(27) Northrop e De Kruif. Journ. gén. de Physiol., IV, 1922.
(28) Neisser e Friedmann. Münch. med. Woch., LI, 1904.
(29) Coulter. Journ. gén. de Physiol., p. 513, 1921.
(30) Huntoon, Masucci e Hannum. Journ. Am. Chem. Soc., 1920; Journ. Immunol., 1921.

di soluzioni glucosate, che pur tanto si vantano nei casi gravi e tossiemici. Io credo che se qualche utilità si è talvolta avuta dalle iniezioni glucosate (e specialmente quando si sono fatte in piccole dosi) ciò si deve riferire all'acqua messa direttamente nel sangue, in quanto che, sappiamo che, in certe condizioni, l'aggiunta diretta di acqua porta delle profonde modificazioni negli stati colloidali.

Dal punto di vista clinico posso affermare che l'aggiunta di glucosio alla soluzione salina (soluzioni fisiologici e glucosate) ne diminuisce o ne annulla l'effetto: e del pari inadatto, per raggiungere gli effetti da me ora descritti, è l'uso, invece del semplice cloruro di sodio, di miscele di sali, come si hanno nelle varie più complesse soluzioni adottate per le trasfusioni. Ciò del resto coincide con quanto hanno trovato i ricercatori che si sono occupati delle soluzioni ipertoniche nelle occlusioni intestinali: i cloruri di magnesio, ammonio, calcio e potassio non hanno lo stesso effetto: questo invece sarebbe posseduto, in gran parte, dal bromuro di sodio.

In quanto alla concentrazione, io ritengo che non convenga sorpassare quella del 7,5 ‰: in alcuni casi ho usate soluzioni al 5 %.

Non bisogna mai iniettare più di 40 cmc. di soluzione per ciascuna volta.

E questo conferma ancora una volta il meccanismo d'azione fisico-chimico (elettrolitico) delle soluzioni.

Riassumendo i dati di questa prima parte di studio posso dire che:

dal punto di vista *clinico* le piccole ripetute fleboclisi di soluzione fisiologica (20-40 cmc. di soluzione di NaCl al 7,5 ‰) apportano nei polmonitici un indiscutibile, netto e sicuro giovamento, per quanto riguarda le manifestazioni tossiemiche e la gravità della malattia, dando sovente l'impressione, colla ripresa del malato, specie quando si attende vicina la crisi, di contribuire essenzialmente alla guarigione;

dal punto di vista *interpretativo* l'azione delle piccole dosi di soluzione salina iniettata, può essere ritenuta d'indole fisico-chimica, cioè nel senso dell'azione degli elettroliti sui colloidi. Quest'azione verosimilmente effettuasi su sostanze aspecifiche altamente tossiche (proteine e derivati), ma anche può interpretarsi sotto l'aspetto immunitario, sia che si tratti di neutralizzazione di vere tossine, sia che si tratti della provocazione di altre manifestazioni immunitarie: tenendo presente che molte acquisizioni moderne, riportano gran parte dell'essenza stessa dell'immunità, od almeno gran parte dei fattori concorrenti alla sua determinazione, a fenomeni biochimici e fisicochimici.

APPLICAZIONI PRATICHE ALLA TERAPIA CLINICA.

I benèfici effetti clinici ottenuti e più sopra enunciati, mi hanno portato ad usare, a puro scopo terapeutico, in un gran numero di polmonitici in clinica e fuori, le piccole ripetute fleboclisi di soluzione fisiologica, 20-30 cmc., per la cura sopratutto dei fenomeni tossici. La mia esperienza a riguardo è oggi sufficientemente estesa, per poter segnalare queste fleboclisi come *un assai importante ausilio nella cura della polmonite*: specialmente, ripeto per combattere le manifestazioni tossiche e settiche, per sollevare le condizioni del paziente e per aumentarne la resistenza, fino alla crisi.

In genere io consiglio tre iniezioni endovenose di soluzione fisiologica semplice (mattino, mezzogiorno e sera) nei casi gravi e con intensa intossicazione (lingua secca, sopore o eccitazione); nei meno gravi una fleboclisi mattino e sera.

Quando, per condizioni di ambiente, non sono possibili le introduzioni endovenose, si può ricorrere alle ipodermoclisi, aumentando leggermente la dose iniettata (30-50 cmc.); ma gli effetti sono allora sempre meno visibili ed apprezzabili.

Per analogia, ho voluto estendere *il metodo delle piccole fleboclisi ripetute anche in altri casi con stati tossico-settici gravi, non pneumonici.*

Non c'è alcuna difficoltà ad ammettere che anche in questi casi, in cui l'infezione è dovuta a germi diversi dal pneumococco, esistano nel sangue e nell'organismo *in toto*, condizioni analoghe, almeno dal punto di vista serologico generico, a quelle presenti nei polmonitici.

Devo dire subito che in una notevole percentuale degli infermi così trattati, ho ottenuto gli stessi evidenti benefici segnalati nei polmonitici.

I casi, nei quali ho avuto campo di applicare il metodo, appartenevano a malati con gravi broncopolmoniti influenzali ad infermi di colangite e colecistite con fenomeni settici e tossici imponenti, e talvolta di tifo, di eresipela o di sepsi, specie puerperale.

Ripeto che i risultati sono stati sempre rilevabili e soddisfacenti; in modo particolare poi nelle infezioni settiche a punto di partenza biliare.

Naturalmente non occorre dire che le piccole fleboclisi ripetute non rappresentano, nemmeno in questi casi, nè la cura specifica nè

tutta la cura delle malattie in parola. Esse mirano a raggiungere i determinati obbiettivi antitossici, già più volte ricordati.

In alcune malattie, anche se con fenomeni settici e tossici, quali la pioemia, le setticemie (endocarditiche o di altra eziologia), molte forme tubercolari, non ho riscontrato alcun beneficio: e ciò è perfettamente logico ed anzi conferma la reale efficacia del metodo.

Ma in quelle condizioni morbose, che sono venuto enumerando, queste piccole fleboclisi ripetute (e, solo come ripiego, le piccole ipodermoclisi ripetute) dànno benefici così netti che meritano di essere segnalate e raccomandate come *mezzo terapeutico*.

Se gli assertori dell'uso delle soluzioni ipodermiche clorurate nelle intossicazioni da occlusioni intestinali usano parole assai grosse di elogio, e parlano di vera resurrezione, io posso dire che risultati a volte altrettanto brillanti si ottengono colle piccole fleboclisi ripetute nelle condizioni morbose da me enunciate.

Onde sarebbe giusto estenderne l'uso: tanto più poi che gli effetti utili si possono raggiungere a molto buon mercato, trattandosi di un mezzo terapeutico perfettamente innocuo, senza nessuna base di specialità ed alla portata di tutti.

RIASSUNTO.

Nella prima parte l'A. indaga la natura della ritenzione clorurata nella polmonite e quindi espone le idee sulla funzione del cloruro di sodio, considerata dal punto di vista fisicochimico, nella determinazione di fenomeni di neutralizzazione antitossica, e fors'anche di vera immunità, durante il corso della polmonite e di altre malattie infettive a prevalenti manifestazioni tossiche.

Nella seconda parte l'A. espone i notevolissimi risultati clinici e terapeutici, che si possono ottenere nella cura della polmonite e di altre malattie infettive e tossiche mediante il metodo delle piccole ripetute fleboclisi di soluzione cloruro-sodica (soluzione fisiologica).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale di S. Giovanni in Laterano - Roma
Rep. Chirurgico diretto dal Prof. C. Antonucci

La fistolizzazione verso l'intestino, metodo di scelta nelle fistole biliari recidive.

Dott. Ugo Bani, aiuto chirurgo.

Quando una lesione dell'epato-coledoco, sopravvenuta durante un intervento sulle vie biliari, non viene immediatamente riparata e con la massima cura, ne risulta una fistola biliare che può divenire definitiva.

Queste lesioni relativamente frequenti, anche in mano ad esperti chirurgi, sopravvengono sopratutto in quegli individui obesi, a fegato poco esteriorizzabile, o con organi biliari avvolti in aderenze, in cui non è facile rendersi conto degli esatti rapporti dei dotti, che possono venire o compresi nell'allacciatura del cistico durante una colecistectomia, o sezionati di trasverso invece che longitudinalmente in una coledocotomia, o comunque lesi in modo così esteso da non aversi più la canalizzazione.

La fistola si stabilisce in breve tempo e malgrado tutte le cure applicate su di essa non si riesce a chiudere.

Occorre riparare a ciò.

Il modo più semplice quando la fistola sia totale (feci completamente scolorate) e si tratti di lesione del coledoco per coledocotomia senza colecistectomia è il praticare una colecistogastrostomia.

L'operazione è relativamente semplice e conduce alla chiusura della fistola. Quando la fistola residua dopo colecistectomia, in assenza della cistifellea, occorre ritornare sui dotti e cercare di ricostruirne in qualche modo la continuità.

Perciò sono stati escogitati mezzi i più svariati.

Ricerca ed isolamento dei due monconi coledocali e loro sutura.

Ricerca del solo moncone superiore e reimpianto di esso sul duodeno, previa infibulazione di un tubo di drenaggio.

Sutura di un tubo di drenaggio sul moncone superiore ed infossamento di questo nello stomaco, attraverso ad un lungo tunnel di parete gastrica, la cui estremità inferiore viene fissata al moncone del coledoco.

Immissione di un tubo di drenaggio di gomma (Pauchet) sul moncone superiore ed infossamento di questo nel duodeno.

A protezione del tubo si pone un lembo di omento peduncolato.

Il tubo lentamente si ricopre di un tessuto con rivestimento epiteliale e può essere asportato in secondo tempo od anche eliminato spontaneamente. La facilità dei tubi di gomma a rivestirsi di tessuto epitelizzato è ben stabilita anche sperimentalmente, sopratutto dopo i lavori di Sollivan e di Boppe.

Quando le aderenze siano tali da impedire e rendere vana la ricerca dei dotti resta un ultimo mezzo: la *fistolizzazione* verso *l'intestino*.

Questa fu tentata la prima volta per una fistola pancreatica da Weiren con esito negativo. Doyen l'ha realizzata sempre per una *fistola pancreatica* nel 1905.

Pauchet l'ha ottenuta nel 1910 in un caso di fistola biliare. Egli descrive metodicamente l'atto operativo e a malgrado che il suo operato sia guarito perfettamente e che da 15 anni goda perfetta salute e non abbia il minimo disturbo dal punto di vista della funzione epatica, ritiene tale operazione non consigliabile essendo a suo parere preferibile la protesi coi tubi di gomma.

Il caso che descrivo mi sembra invece dimostrare che il metodo della fistolizzazione verso l'intestino, di tecnica facile e sicura, debba essere ritenuto il metodo di scelta in tutti quei casi in cui la lesione dei dotti può supporsi estesa e quindi grave ed aleatorio ogni altro intervento più complicato.

È vero che le operazioni secondarie sulle vie biliari, sono in genere benigne, se il soggetto non è itterico da lungo tempo, ma non bisogna dimenticare, che sono soggetti labili dal punto di vista delle infezioni e che spesso coi comuni metodi la fistola recidiva.

Anche al metodo della fistolizzazione verso l'intestino, come a tutti gli altri, viene rimproverato di ricostruire una via biliare non protetta contro le infezioni ascendenti come la normale che è protetta dall'Oddi donde i danni ed i pericoli di angiocoliti ulteriori. Però i malati seguìti a lungo dopo l'operazione dimostrano come tale pericolo sia molto minore in pratica di ciò che apparirebbe in teoria, ad ogni modo è stato pure pensato di ovviare a tale inconveniente facendo fare al tubo o al tratto di fistola un cammino trasversale nella parete duodenale sì da costituire una specie di valvola protettrice.

Ed ecco il caso e la tecnica seguìta:

I. Salvatore, di anni 26, da Roma, entra in ospedale il giorno 29 gennaio 1929. Egli presenta una fistola biliare su cicatrice da trans-rettale destra sopraombellicale che largamente secerne. Fu operato di colecistectomia per colecistite il 25 marzo 1928 in altro ospedale e residuò una fistola che non si chiuse.

Dopo 3 mesi sempre in altro ospedale fu operato per ottenere la chiusura della fistola, ma questa si riprodusse e in ultimo il 20 ottobre 1928 nuovamente ed inanemente rioperato.

Ecco i protocolli delle precedenti operazioni.

« I. 25 marzo 1928. Rachianestesia novocainica 0.15. Taglio transrettale d. Colecisti circondata da forti ed estese aderenze coi visceri vicini, in specie col colon. Isolamento. Colecistectomia per via retrograda. Zaffamento con striscie di garza dello spazio epato duodenale. Ricostruzione della parete a strati.

II. 18 luglio 1928. Eteronarcosi regolare. Con incisione elittica si circoscrive e si escide la cicatrice esistente prolungando l'incisione sia in alto sia in basso così da avere un taglio di Mayo-Robson. Si penetra nel peritoneo e si trovano aderenze abbastanza salde dell'omento con la parete, aderenze che vengono liberate. Seguendo il tramite fistoloso si va verso l'ilo del fegato. Il tramite aderisce saldamente allo stomaco (porzione pilorica): anzi il tramite è limitato da questi in basso e dalla faccia inferiore del fegato in alto, per cui parte del tramite nelle manovre di liberazione resta aderente alla parete gastrica. Si giunge così sul coledoco che sembra presentare in corrispondenza dell'imbocco del cistico un nodulo cicatriziale, ma osservando meglio si trova che il coledoco presenta un inginocchiamento determinato dal fatto che il moncone del cistico legato precedentemente ha preso aderenza con l'epatico a 1 ½ cm. al disopra. Durante la manovra di liberazione del coledoco non si versa nel campo operatorio neppure una goccia di bile, mentre prima dell'intervento la bile fluiva dalla fistola quasi a rivolo e dopo liberata l'aderenza del moncone del cistico. Un'osservazione prolungata per vedere se viene bile riesce negativa. Perciò si richiude la parete a strati, lasciando una piccola lunghetta a contatto del coledoco che si fa uscire all'unione del III sup. col III medio della ferita. Sutura a strati della parete.

III. 20 ottobre 1928. Eteronarcosi. Si apre la vecchia cicatrice circoscrivendo con un'incisione ellittica il tramite fistoloso. Si segue questo, previa specillazione, e si trova che segue la faccia inferiore del lobo destro del fegato e giunge in corrispondenza del carrefour. Si trova un tramite che penetra nel parenchima epatico per parecchi centimetri, ma sembra piuttosto artificiale che naturale. Si ha l'impressione che la bile venga da uno dei dotti epatici interrotto, mentre l'altro si continua col coledoco. Nel blocco cicatriziale, esistente in corrispondenza dell'ilo del fegato, non si riesce però a rendersi conto esatto del vero stato delle vie biliari. Si cerca invano di isolare il coledoco data la vicinanza della vena porta che vi aderisce saldamente e che appare in alcuni tratti dilatata e pronta a lacerarsi. Perciò, dopo inutili tentativi di isolamento del coledoco si rinunzia ad ulteriori manovre. Si tampona lasciando uno stuello di garza sterile e si rinchiude a strati ».

Il paziente sopporta bene la sua fistola, non è dimagrito, le feci sono abbastanza colorate, non vi è ittero, la digestione è buona, le funzioni intestinali normali: il più grande fastidio che egli accusa è il doversi medicare più volte al giorno essendo la fistola largamente segregante.

Viene tenuto vari giorni in osservazione e ne

risulta che non ha la minima alterazione febbrile, nulla di anormale nelle urine, una azotemia di 0,35, una tensione carbonica di 5,4. La fistola elimina circa 400 cm. di bile nelle 24 ore.

Si decide l'intervento che viene eseguito il giorno 6/2/29.

Operazione (Prof. Antonucci). Rachianestesia tutocainica 0,04 +++.

Incisione sull'antica cicatrice rispettando il tramite fistoloso, che viene accuratamente isolato dal fegato, dal colon-trasverso e dal duodeno a cui aderisce. Liberato il duodeno si pratica un'incisione sulla parete di esso e vi si intromette il tramite fistoloso, nel quale precedentemente si è introdotto un drenaggio di gomma che pesca nel duodeno. Sutura della parete duodenale sul tramite fistoloso a due strati e protezione di essa con tratto di omento. Piccolo drenaggio sutura parziale della parete a strati.

Il decorso post-operativo è perfetto, in quinta giornata si tolgono le agrafes ed il drenaggio ed in 25ª giornata il malato esce completamente guarito.

Il malato viene seguito, e di tempo in tempo rivisitato: dopo tre mesi (maggio 29) si pratica una radiografia che dimostra che il tubo di cautciu si è eliminato. Rivisitato del tutto recentemente (fine settembre 29) il malato risulta in ottime condizioni di salute, nè si lamenta di alcun disturbo. Si lagna solo di un piccolo laparocele, residuato ai numerosi interventi, e chiede di essere operato.

Da quanto abbiamo riferito risulta che nel caso in questione la fistola si era prodotta per una interruzione di un epatico, il cui moncone non era stato possibile rintracciare nei due interventi intrapresi per guarire la fistola.

In tale caso non vi erano vie di scelta e la fistolizzazione verso l'intestino si poneva come unica via di guarigione e unica possibilità operatoria.

Dal punto di vista tecnico l'operazione fu di una semplicità sorprendente; il risultato, come si è visto, ottimo.

Ora val la pena di domandarsi se non si debba ritornare sul giudizio pessimista, espresso dal Pauchet su tale operazione, ed elevarla a metodo di scelta, non solo in casi analoghi al nostro, nel quale non è dubbio che questo solo è il metodo possibile ed efficiente, ma in tutti i casi di fistole biliari persistenti dopo lesioni dell'epato-coledoco.

Da un solo caso non è giusto trarre conclusioni definitive, ma la facilità del trattamento e la perfezione della guarigione ci pare debbano consigliarci a continuare su questa via.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di fistola biliare persistente, guarita col metodo della fistolizzazione verso l'intestino, metodo che merita di essere preso in considerazione come sistema di scelta.

IGIENE.

La lotta antianofelica in Istria

per il dott. M. GIOSEFFI (Parenzo-Pola).

La campagna antimalarica si è imperniata in Istria, specialmente negli ultimi due anni, oltre che sulla profilassi e sulla bonifica umana, sopratutto sulla lotta antianofelica.

Le zone nelle quali si svolge la lotta comprendono le plaghe malariche dei comuni di Pola, Rovigno, Valle, Canfanaro, Visignano, Gimino, Sanvincenti, Antignana, Cherso, Lussingrande, Neresine, Ossero, Capodistria (fondi ex Saline), Parenzo, Orsera e Pirano (Fontanigge).

La sorveglianza del territorio fu affidata ai medici condotti, coadiuvati da numerosi fiduciari.

Il trattamento dei malarici non differì da quello degli anni scorsi: la maggior parte dei preparati chinacei venne distribuita più a scopo profilattico che curativo; la bonifica umana come cura razionale dei malarici non venne scrupolosamente condotta che in singoli casi. I risultati ottenuti nella campagna antimalarica sono perciò da attribuirsi più che ad altro alla *bonifica tellurica*.

Il quantitativo di preparati chinacei messi a disposizione dei singoli comuni nel 1928 è stato di:

36.400	g.	di bisolfato di chinino		
46.000	»	cloridrato	»	
22.980	»	bicloridrato	»	
30.400	»	tannato	»	
500	»	cloridrato	»	in fiale

e la spesa incontrata a tale titolo di L. 92.733.

Al servizio del corpo reale del Genio civile stavano 18 operatori antianofelici per la campagna antilarvale e per la cattura delle alate, previamente istruiti dal prof. M. Sella dell'Istituto di biologia marina; furono spese complessivamente per lavori e salari agli operatori 140.000 lire.

Dal 1° giugno al 31 ottobre 1928 furono sistemati 39 stagni, colmati 18, diserbati 2. Nelle rimanenti 2708 raccolte idriche superficiali (1928 stagni nei paraggi di Parenzo, Antignana, Gimino ecc., 520 nella zona di Rovigno e 26 in quella di Valle) furono immesse le gambusie ed in alcuni si è sparso anche il verde di Parigi.

I risultati della campagna sono stati più che soddisfacenti.

Come indice più sicuro per valutare il miglioramento dell'endemia malarica abbiamo, in mancanza di un censimento della popola-

zione sottoposta alla vigilanza, alla profilassi ed alla cura, il numero dei preparati di sangue inviati per l'accertamento microscopico al laboratorio provinciale d'igiene e profilassi e quello dei preparati trovati positivi, poi la proporzione incontrata tra terzana benigna (primaverile) e terzana grave (estivo-autunnale), infine la riduzione dell'indice splenico, e quella degli anofeli, nonchè la riduzione delle infezioni primitive.

La percentuale dei preparati positivi era nel 1917 del 26,3 % e si aggirava attorno tale cifra anche nel 1925, quando, dopo un anno di sospensione, la campagna antimalarica era stata ripresa; si ridusse a 16,3 % nell'anno successivo, per precipitare negli ultimi due anni 1927 e 1928 al 3,9 % ed all'1,1 %!

La proporzione tra terzana mite e terzana grave che fino al 1925 era ancora del 73.5: 21,6, dell'82: 17,7, dell'84: 15,2, si elevò a 92,4: 1.4, a 93,0: 3,5, a 96,2: 3,7 negli anni 1926-1928. (Cfr. in proposito l'unito prospetto della relazione del prof. Sella, *Riv. di Mal.*, n. 4, 1929).

Anno	N° dei preparati inviati	N° dei preparati positivi	percentuale di preparati positivi sul totale degli esaminati	positivo (cifre percentuali) terzana primaverile	estivo autunnale	quartana
1917	7211	1902	26,3	—	—	—
1918	8547	1557	18,2	—	—	—
1919	6831	855	12,5	—	—	—
1920	7926	1155	14,5	82,6	13,2	4,2
1921	6122	638	10,4	73,5	21,6	4,9
1922	4253	321	7,5	84,1	15,2	0,7
1923	6758	1491	22,0	80,3	19,7	—
1924 (*)	1739	535	30,7	69,2	30,8	—
1925	5586	1455	26,6	82,3	17,7	—
1926	3613	591	16,3	96,2	3,7	0,1
1927	7024	276	3,9	92,4	1,4	6,2
1928	7594	86	1,1	93,0	3,5	3,5

Il numero delle milze palpabili si è ridotto, secondo i rilievi del prof. M. Sella, del 25 %, del 29 % ed anche del 50-70 %.

La disanofelizzazione fu agevolata dal naturale prosciugamento di alcuni stagni durante la stagione estiva; stando alle indicazioni del prof. Sella dal 22 % fino al 60-70 % ed anche all'80 % (nell'agosto) degli stagni, secondo le zone e l'ampiezza della superficie idrica, si erano prosciugati fino alla comparsa delle prime pioggie.

Da 100-200-1000, a seconda della grandezza degli stagni, erano le gambusie immessevi (Sella).

(*) Anno in cui la campagna era stata sospesa ed i preparati inviati non provenivano che da singoli medici.

Le larve (le prime furono trovate nella prima metà di agosto), che erano numerose prima della immissione delle gambusie, si ridussero in seguito notevolmente. Il maggior numero, 920 larve su 160 pescate, fu constatato dal prof. Sella in uno stagno presso Rovigno nel luglio, che è il mese più pericoloso per la maggiore proliferazione degli anofeli.

La riduzione degli anofeli è stata considerevole, sì che si può dire essere scomparse le infezioni indubbiamente primitive, chè non possono considerarsi tali che le infezioni constatate nei nati dopo l'ultima annata epidemica e quelle incontrate in soggetti provenienti da regioni sicuramente indenni di malaria.

Le anofeli erano in numero piccolissimo nelle stalle e ne' porcili; in uno stallaggio con 30 animali furono trovati dal prof. Sella non più di 3-4 esemplari.

Questa annata così favorevole può anche attribuirsi in parte alle temperature basse del maggio ed alle temperature elevate dei mesi di luglio e di agosto, accompagnate da forte siccità.

Per vedere se i benefici effetti degli ultimi anni sono dovuti a queste cause naturali (siccità estiva e temperature basse primaverili), oppure agli interventi antianofelici, converrà attendere delle annate con estati calde e piovose.

In ogni modo, con l'inquadramento, per interessamento del Governo nazionale e di S. E. il Prefetto Leone, dell'annoso problema dell'acquedotto istriano nella poderosa azione di bonifica integrale, l'Istria si avvierà, dopo la redenzione politica, anche verso la sua redenzione sanitaria.

Ringrazio l'ill.mo signor medico provinciale dott. De Angelis per avermi cortesemente messo a disposizione per la presente nota il materiale del suo ufficio.

RIASSUNTO.

Due anni di intensificata campagna larvicida (immissione di gambusie negli stagni e spargimento di verde di Parigi) hanno ridotto in Istria l'indice splenico, l'indice parassitario, gli anofeli e le infezioni primitive a proporzioni mai prima osservate.

LEZIONI.

L'angina e le sue conseguenze settiche.

(Uffenorde. *Mediz. Klin.*, 5, 1930).

La trattazione dell'argomento delle angine è sempre di attualità, perchè molti malati ne muoiono ancora, senza che ancora si dia loro tutta l'importanza che meritano e senza che si applichi quell'intervento operativo radicale che solo garantisce la guarigione.

I rapporti che passano tra un'angina e una sepsi non ancora ben conosciuti qualche anno fa, o non sufficientemente valutati, sono oggi ben chiari e noti e l'aumento statistico dei casi descritti lo mostra ampiamente.

Nelle tonsille si possono avere, dal punto di vista anatomo-patologico, tutti i più svariati tipi d'infiammazione, dalla sierosa alla necrotizzante: come focolaio di una futura sepsi vanno ricordate, prevalentemente se non esclusivamente, le tonsille palatine; l'adenotomia delle tonsille faringee dà raramente sepsi.

Nel 3° decennio di vita la tendenza alle infiammazioni tonsillari regredisce, per un processo di involuzione fisiologica, per un aumento della resistenza, per un regresso della costituzione linfatica: ma è proprio in questo decennio che le forme gravi, con complicazioni, si fanno più frequenti: si tratta sempre, in questi casi, di malati che hanno già sofferto di una o più angine in passato, e in cui sono probabilmente rimasti latenti dei focolai nelle cripte o nel tessuto tonsillare.

La struttura anatomica di questo, il suo sviluppo dalle pliche della mucosa, l'accumulo di detriti epiteliali misti a residui alimentari e a batterii, le compressioni esercitate dal sistema muscolare del palato nella deglutizione e nella favella ci spiegano la facilità con cui s'insediano nelle tonsille processi cronici: i quali a loro volta da fattori anche meccanici come la compressione, lo strofinio ecc., possono essere stimolati sino alla ricomparsa di un'angina acuta.

La sepsi è, secondo il concetto di Schottmüller, una infezione generale, il cui agente penetra nell'organismo traverso una data porta d'ingresso e dilaga poi nell'organismo lungo le vie sanguigne e linfatiche, senza che si possa riconoscere un aumento dei batteri nel sangue.

Secondo le oscillazioni tra attacco del germe e difese organiche, ora è isolabile il germe, ora no: l'intervento diretto sul focolaio iniziale può troncare bruscamente una sepsi: di una tossinemia vera e propria è meglio non parlare.

Per quanto riguarda le metastasi, l'O. ricorda che non è sempre facile stabilire il nesso tra esse e il focolaio primitivo: talora esse non sono dimostrabili, talora non si riconosce la via per cui si sono formate: e ciò in dipendenza delle diverse proprietà del germe e del comportamento vario della resistenza organica.

Nel caso speciale dell'angina, la sepsi è particolarmente frequente quando si forma un impegno flemmonoso peritonsillare, con risentimento dello spazio parafaringeo e dei grossi vasi che vi decorrono; purtroppo noi siamo abituati a non dare grande importanza al flemmone peritonsillare, però l'esperienza degli ultimi anni ha messo in chiara evidenza tutti i pericoli che nasconde in sè: infatti entro il turgore che avvolge la tonsilla si ritrovano spesso latenti piccoli ascessi, anche numerosi.

Quando l'impegno peritonsillare si diffonde allo spazio parafaringeo, si può avere l'erosione dei vasi, la diffusione attraverso la V. giugulare alle meningi, la diffusione anche nel mediastino: anche la loggia parotidea può essere invasa.

Quanto più avanzata è la sepsi, tanto più è difficile ritrovare il suo punto di partenza: le tonsille possono essere tornate del tutto normali, intere zone del collo possono essere state risparmiate, e le metastasi trovarsi a una certa distanza. Rintracciare la via seguìta dall'infezione può essere difficile in questi casi anche per l'anatomo-patologo, che non ha un facile giuoco nel ritrovarne le orme istologiche.

Infatti, colpita fulmineamente da un attacco di grande violenza, la tonsilla può essere appena alterata o del tutto immune; può mancare l'ingorgo glandolare ed ogni fenomeno flemmonoso: i vasi venosi possono essere liberi, giacchè sappiamo che il loro impegno può effettuarsi anche a distanza dal focolaio primario.

Queste forme sono rapidamente mortali.

Ad esse vanno opposte le forme lente, a decorso prolungato, le « sepsi croniche », in cui l'identificazione del germe è quasi impossibile, e in cui dominano le alterazioni di un qualche apparato: il cuore, i reni, le articolazioni.

Su queste cardio- e nefropatie, su questi reumatismi cronici possono innestarsi periodi di riacutizzazione in coincidenza a nuovi attacchi di angina: ma l'asportazione di questa troncherà rapidamente tali processi, e per sempre: non si dimentichi però che l'intervento provoca una passeggera riesacerbazione dei sintomi.

Talora infine il focolaio tonsillare può mantenere uno stato di febbricole irregolari, senza caratteri speciali.

Concorre validamente alla diagnosi dei casi acuti l'esame sia citologico che batteriologico del sangue: la leucocitosi, e più la deviazione della formula verso sinistra sono indice di gravità. Nei casi cronici si esamineranno accuratamente le tonsille, le glandole regionali, la temperatura e l'urina.

Di fronte al problema dell'angina, solo la terapia chirurgica esplica una vera efficacia curativa: nelle forme acute si consiglia non la enucleazione, che apre le porte all'infezione, ma l'asportazione *in toto* con la capsula e un

intervento energico sulle pieghe interstiziali: se è necessario, si giungerà nello spazio parafaringeo e si legheranno o si *asporteranno* i vasi colpiti.

Anche nelle forme croniche l'intervento va largamente raccomandato: esso ha in genere brillanti risultati, a meno che le lesioni degli organi (cuore, reni, ecc.) non siano ormai irreparabili: l'atto operativo in sè non comporta pericoli degni di nota.

Può darsi, è vero, che si abbiano nuove infiammazioni e che queste, non trovando più le tonsille, si fissano sulle glandole tributarie o diano una esacerbazione di parafaringite, ma si tratta di evenienze assai rare che non infirmano l'utilità dell'intervento, ma cui viene a sopprimersi la causa delle alterazioni in atto e delle possibili complicazioni future.

V. SERRA.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

L'emicrania.

(E. ROMBERG. *Münch. med. Woch.*, n. 1, 1930).

I sintomi caratteristici dell'emicrania sono ben noti: dolore accessuale alla fronte, le tempie o le orbite, unilaterale o bilaterale, che si inizia con disturbi visivi, termina con nausea o vomito. Frequente inizio al mattino appena svegliati, durata un'ora o meno, a volte anche fino a metà giornata o più giorni. Meno spesso i dolori si possono iniziare alla nuca e si irradiano verso la testa, specialmente verso le regioni parietali. Di solito la malattia si inizia nell'infanzia o nella prima giovinezza. I disturbi visivi mancano in molti casi. Esistono molte forme atipiche di emicrania, forme in cui i fenomeni di solito concomitanti costituiscono tutto il quadro sintomatico. Si hanno così degli equivalenti dell'accesso emicranico, disturbi visivi, scotomi, disturbi gastrici. Gli equivalenti più frequenti sono i disturbi gastrici accessuali; essi consistono in senso di pienezza, inappetenza, nausea o anche vomito; talvolta dolore gastrico spasmodico. L'accesso emicranico viene sostituito, accompagnato o preceduto da disturbi da parte del cuore o dei vasi. Si tratta prevalentemente di disturbi vasocostrittori, anche i fenomeni visivi che precedono l'emicrania si devono considerare conseguenza della vasocostrizione dei vasi retinici. Talvolta dal lato dell'emicrania, si vede spiccare un'arteria temporale spasticamente indurita. Anche alle braccia e alle dita si possono manifestare contrazioni vasali accessuali, che determinano formicolii, sensazione di dito morto, dolori. Spesso i pazienti si lagnano di palpitazioni, altre volte di vertigini che precedono l'accesso emicranico. Non si conosce ancora l'etiologia dell'emicrania. La diagnosi differenziale non è sempre facile. Anche i dolori a carico dei muscoli della nuca e dell'occipite nel reumatismo sono di solito più intensi al mattino; possono irradiarsi concomitanti verso le regioni temporali; mancano però le altre manifestazioni concomitanti all'emicrania; la palpazione accurata dimostra spesso nei punti caratteristici delle fibre muscolari i cosidetti ispessimenti reumatici. Nella nevralgia il dolore compare o almeno si accentua a scatto, e limitato a determinati territori nervosi. Facile è anche distinguere dall'emicrania le sensazioni spiacevoli nelle regioni orbitali e al disopra di esse in casi di anomalie, di rifrazione male corrette, i dolori dipendenti da malattie dei denti, quelli da affezioni dei seni paranasali, quelli da malattie dell'orecchio e le sensazioni spiacevoli determinate da impedimenti della respirazione nasale. Più difficile è la diagnosi differenziale in rapporto a malattie del cervello. Le cefalee nella sifilide, nei tumori, nella pachimeningite emorragica possono talvolta avere all'inizio carattere in tutto simile all'emicrania. E perciò sempre necessario escludere le dette malattie organiche esaminando il fondo dell'occhio ed eseguendo la reazione di Wassermann. Accessi emicranici sono talvolta il primo sintomo dell'ipertensione; individui che hanno sofferto di emicrania sembrano essere predisposti all'ipertensione. La cefalea uremica ha di solito altri caratteri, essa è bilaterale, le mancano i sintomi associati; il vomito è indipendente dalla cefalea ed è più continuo. La cefalea nelle anemie è simmetrica e si accompagna ad una sensazione molesta di vuoto o di tensione nell'interno del cranio. Possono simulare l'emicrania le cefalee neuropatiche specialmente la cefalea degli scolari; in casi di nueropatia spiccata si pensa sempre anche alla possibilità di una vera emicrania. Difficile è distinguere gli equivalenti emicranici quando manchi o sia poco sviluppata la cefalea, in caso di equivalenti gastrici l'esame obbiettivo è negativo, mancano i dolori locali alla pressione caratteristici dei processi ulcerativi e delle affezioni delle vie biliari, e dell'appendicite. Difficile è poi distinguere gli equivalenti vasocostrittori dalla sclerosi delle coronarie e dall'angina pectoris. La cura dell'emicrania consiste nei casi lievi nella somministrazione di cartine di 25 ctgr. fenacetina e 15 ctgr. caffeina (sostituita da 30 ctgr. di teobromina in casi di iperacidità gastrica); si danno le cartine subito prima, durante o dopo il malessere. In tutte le forme meno lievi è bene associare anche una cura di luminal o di chinino: 3-5 volte al giorno 15 mmgr. di luminal. o 1-3 volte al giorno da 5 a 10 ctgr. dopo i pasti.

Non volendo dare il luminal e in casi in cui i sintomi sono molto spiccati si dà cloridrato di chinino, 3-6 volte al giorno da 5 a 10 ctgr. Gravi attacchi mattutini sono spesso prevenuti dalla somministrazione serale di eufi-

lina (35 ctgr. in supposte). Importante è la dieta. I pazienti si devono astenere dall'alcool, è bene evitare la stitichezza. È necessario continuare la terapia fino a che da due a tre mesi sono passati completamente gli accessi e gli equivalenti; se i disturbi sono più gravi la cura va continuata fino a che gli accessi sono scomparsi da un anno. Utilissimo è il soggiorno in alta montagna; il soggiorno al mare; invece, aumenta i disturbi.

POLLITZER.

Sindrome del ganglio nasale di Sluder e suoi rapporti colla medicina interna.

(G. DOCK. *The Journal of the American Medical Association*, 7 settembre 1929).

Nel 1908 Greenfield Sluder riferì su alcuni sintomi neuralgici che pensava dovuti a lesioni dei gangli nasali (sfenopalatino, di Meckel). Più tardi egli parlò di disturbi motori, sensitivi, gustativi, oculari, respiratori, vasomotori e secretori che erano poco attenuati dai comuni analgesici, mentre potevano migliorare notevolmente coll'anestesia cocainica della regione dei gangli nasali. Egli poi nel 1927 svolse ampiamente l'argomento nel suo libro « Neurologia nasale, cefalee e disturbi oculari ».

La questione interessò rinologi americani ed europei e comparvero vari lavori in proposito.

Molti malati con sindrome di Sluder consultavano il medico generico o il medico internista; egli quindi deve saper fare la diagnosi.

Sindrome neuralgica. Può essere varia. Ci possono essere dolori in varie parti della testa (dietro gli occhi, alla radice del naso, sul palato duro, sul palato molle, ai denti, alle tempie, alla regione occipitale, al collo). Ci può essere dolore all'orecchio riferito alla regione mastoidea. Molti di questi malati furono operati per mastoidite con risultato negativo. Si può avere dolore alla spalla, alla scapola, all'ascella e qualche volta anche lungo l'arto fino alle dita. A carico degli occhi ci può essere dolore, epifora, irite, congiuntivite, cheratite, herpes zoster oftalmico, accomodazione dolorosa, iperestesia del muscolo ciliare. Sono stati riferiti casi con nevralgia di ogni parte della testa comprese l'emicrania tipica e le varie etiologie, malaria, sifilide. A volte il dolore inizia alla radice del naso da cui si estende alla testa e da qui al collo e alle spalle. Dopo l'attacco possono rimanere sul cranio delle zone dolorose. A volte c'è vertigine e ronzio. Si può avere dolore all'orecchio, tinnito. Cody ha descritto un caso con mastoidalgia e torcicollo. Sono stati notati dolori alla lingua con disturbi del gusto, come pure mal di denti. Sluder ha veduto in una donna luetica spasmo dell'esofago interrotto agendo sul ganglio nasale.

Sindrome simpatica. Si può avere associata ai sintomi neuralgici o isolata. In molti casi c'è quello stato che fu variamente denominato come idrorrea nasale, rinite vasomotoria, rinite iperestesica, rinorrea parossistica, corizza spasmodica, rinite o corizza nervosa, ecc. A volte l'attacco inizia come una corizza comune con o senza infezione etmoidale o sfenoidale, a volte dopo esposizione al freddo, alla polvere, a profumi o a pollini, a volte senza causa apparente. Si ha pure rossore delle congiuntive, fotofobie, lacrimazione intensa, a volte esoftalmo. Si può avere irritazione laringea o bronchiale con sintomi asmatici. L'asma può esserci senza la corizza. La sindrome simpatica si confonde colla febbre da fieno.

Dopo l'uso della cocainizzazione dei gangli nasali si videro scomparire disturbi posti al di fuori della zona d'innervazione di questi gangli e precisamente scotomi, globi isterici, tosse stizzosa, dolori di gola, dolori all'orecchio secondari a cancro, dolori laringei da tubercolosi, dolori da carie dentaria, dolori mialgici del trapezio e dello sternomastoideo, vomiti gravidici, dolori uterini, dismenorrea, corea, angina pectoris, ecc.

Cura e risultati. I sintomi scompaiono applicando un po' di cocaina al 90 %. La rinite spasmodica è il sintoma che risponde più rapidamente alla terapia. La lacrimazione e la fotofobia cessano 1-2' dopo l'applicazione ed effetto ugualmente pronto si ha in molte nevralgie e parestesie. A volte una sola applicazione è sufficiente. Si possono avere ricadute dopo fatica, emozioni, tossiemia, e a volte senza causa rintracciabile.

Per la rapidità del miglioramento qualcuno ha voluto vedere dei neurotici nei malati con sindrome di Sluder.

Se l'applicazione di cocaina rimane inefficace, Sluder consiglia di iniettare nella regione del ganglio alcool con 5 % di acido fenico.

La struttura anatomica del ganglio sfenopalatino non ha chiarito i problemi clinici che lo riguardano. Per alcuni si tratta di un ganglio simpatico, per altri no.

Per quanto riguarda *la patologia*, per alcuni le affezioni del ganglio dipendono dalle secrezioni nasali irritanti, per altri esse si associano a sinusiti etmoidali e sfenoidali e anche mascellari, per altri hanno importanza i disturbi endocrini, per altri ancora la sindrome sarebbe di natura anafilattica.

Secondo la teoria di Byrd dell'impulso patologico, un impulso originato dal naso può viaggiare ed essere avvertito in parti lontane del corpo come dolore o come altre manifestazioni patologiche. R. LUSENA.

Paraplegia in flessione.

(J. MORELLI e J. QUAGLIOTTI. *Ann. de la Facultad de Méd.*, n. 9, 1929).

Se le paraplegie in flessione, dopo gli studi di Babinsky, sono ben conosciute, ciò non è altrettanto per le paraplegie in flessione di origine cerebrale, delle quali sono noti pochi

casi, in nessuno di essi le lesioni cerebrali provenivano da un attacco di encefalite letargica.

Gli AA. riferiscono un caso di paraplegia in flessione interessante per la origine cerebrale e per l'etiologia patologica, essendo stato dagli AA. attribuito all'encefalite letargica.

Trattasi di un giovane di 20 anni, con anamnesi famigliare e remota completamente negativa. Sei mesi prima improvvisamente il p. ebbe senso di freddo, febbre, cefalea; ricoverato in ospedale dormì per cinque giorni di seguito. Svegliatosi, residuò uno stato di sonnolenza, oltre a ciò il p. cominciò a notare che la sera, guardando le lampade elettriche, le vedeva doppie.

Anche tale disturbo passò, ma quindici giorni dopo, un mattino svegliandosi il p. si accorse che non poteva muovere più la gamba ed il braccio destro, e contemporaneamente la parola era difficoltata.

Alcuni giorni dopo la gamba destra cominciò a contrarsi, nè l'estensione era più possibile; nel medesimo tempo la gamba sinistra diminuiva di forza, tanto da non poter essere estesa completamente.

Quando capitò all'osservazione degli AA. il p. era perciò colpito da un'emiplegia destra con paralisi centrale del facciale dello stesso lato e da inizio di emiplegia sinistra.

All'esame obiettivo nulla fu riscontrato a carico del cuore, del fegato, dei polmoni, della milza. Normale era il fondo dell'occhio, le pupille reagivano bene alla luce e all'accomodazione.

L'arto superiore destro era in paralisi flaccida con esagerazione dei riflessi radiale, bicipitale e tricipitale.

L'arto inferiore destro era contratto in flessione massima e permanente. L'estensione provocava dolore; il r. rotuleo era attenuato, quello achilleo conservato. Babinsky positivo. Il piede, la gamba, la coscia, dopo l'esposizione al freddo, presentavano una trepidazione che scompariva al calore.

A carico dell'arto sup. sin. si notava esagerazione dei riflessi tendinei e periostei, ipertonia marcata del braccio, ma con motilità attiva e passiva normale.

L'arto inf. sin. era contratto in flessione; r. achilleo attenuato, Babinsky positivo.

Riflessi addominali aboliti; nulla a carico della sensibilità tattile, termica, dolorifica.

La R. W. risultò positiva sia nel sangue, che nel liquor; nulla fu trovato all'esame delle urine. Il p. venne a morte dopo 17 giorni, in seguito ad una broncopolmonite.

Le paraplegie in flessione di origine midollare potevano essere facilmente eliminate data la sintomatologia cerebrale presentata dal p. (disturbi oculari, facciali, disartria, assenza di alterazioni della sensibilità); la sifilide non era in causa in alcun modo, la sclerosi a placche si presenta con altro inizio e evoluziona differentemente. Al contrario l'inizio infettivo della malattia, la letargia, la diplopia, l'emiplegia doppia, le contratture muscolari, indussero gli AA. ad ammettere un'encefalite letargica, accompagnata da manifestazioni proteiformi simultanee e da localizzazioni cerebrali diffuse.

Per il momento gli AA. si sono limitati all'esposizione clinica del caso, nella speranza che uno studio anatomo-fisiologico approfondito possa confermare la loro ipotesi e porli in grado di registrare questo primo caso di paraplegia in flessione da encefalite letargica.

A. P.

ORGANI DIGERENTI.

Studio delle deformazioni gastriche nelle anomalie di forma e posizione del diaframma.

(DERSHEID e TOUSSAINT. *Archiv. méd. chir. de l'appareil respirat.*, n. 5, 1929).

L'esame è stato portato su tre gruppi di tubercolosi: in frenicectomizzati a sinistra, in antichi pleuritici sinistri, in pneumotoracizzati sinistri, con sinfisi; 35 pazienti appartengono al primo gruppo, 18 al secondo, 8 al terzo. Nei frenicectomizzati, deformazioni gastriche si sono mostrate nel 76 % dei casi: le alterazioni possono riferirsi a tre tipi. Ovvero si tratta di biloculazione trasversale per ripiegamento della piccola curvatura, passando dalla immagine a coppa di champagne fino alla divisione in due sacche. Un secondo tipo è quello della biloculazione antero-posteriore, per ripiegamento della faccia anteriore. Un terzo tipo è quello del ripiegamento esofageo che il più spesso si abbina con una biloculazione trasversale più o meno marcata.

Le deformazioni in parola, non sembrano determinare disturbi funzionali, o, per meglio dire, non sembrano influenzare i preesistenti disturbi gastrici dei tubercolosi, nè si nota disturbo della motilità e della sensibilità. La intensità di queste deformazioni non sembra essere direttamente influenzata dal grado di sollevamento della cupola.

Su 18 pleuritici sinistri, si notano 4 deformazioni nette, ma attenuate, e tutte del tipo biloculare trasversale.

Su 8 pneumo artificiali sinistri, si notano tre deformazioni, delle quali una del tipo esofageo e due del tipo biloculare trasversale.

Le deformazioni gastriche consecutive ad alterazioni della forma e della posizione della cupola, costituiscono perciò un fenomeno frequente, e talora marcato, nei frenicectomizzati, un fenomeno meno frequente, e più attenuato, in seguito ad alterazioni patologiche spontanee del diaframma.

Per quanto riguarda la spiegazione patogenetica, l'ipotesi di uno spasmo non può sostenersi a causa della costanza di queste deforma-

zioni e dei dati offerti dall'atropina: nè si poteva ammettere una alterazione organica; più verosimile è l'ipotesi dell'eventualità di una origine estrinseca. Lo studio particolareggiato della funzione diaframmatica, ed un reperto di autopsia, in un caso di deformazione biloculata (autopsia la quale aveva fatto escludere qualsiasi sinfisi gastro-diaframmatica), ha permesso agli AA. di concludere che le deformazioni descritte debbono riferirsi ad uno squilibrio nell'azione combinata delle trazioni dei legamenti: lo sfiancamento diaframmatico posteriore determina la trazione del legamento sospensore dello stomaco sulla faccia posteriore di quest'organo, ed un conseguente ripiegamento della faccia anteriore (donde biloculazione antero-posteriore), lo sfiancamento laterale porterà ad una trazione della milza, e del suo legamento sospensore, sulla grande curvatura dello stomaco, con ripiegamento della piccola curvatura e biloculazione trasversale. MONTELEONE.

Un nuovo metodo di gastrostomia.

(SPIVACH. *Bruns Beit. z. Klin. Chir.*, 147, 2, p. 308).

L'A. fa la storia della gastrostomia di cui si ha cenno nel XVII secolo, con riapparizione nel XIX per opera del chirurgo norvegese Egelberg e poi con Bassow, Blondot. Sedillot la praticò per primo nell'uomo nel 1849 e nel 1853 ed ebbe due morti per peritonite. Il primo successo l'ebbe Jones nel 1875.

Da V. Hacker fu apportata una prima modificazione al metodo di Sedillot. Un caso di Verneuil fu tanto interessante che servì al paziente di sostentamento girando di città in città. Gli antichi chirurgi operavano suturando la parete anteriore dello stomaco all'addome e quando dopo 4, 5 giorni era avvenuta l'adesione, bucavano la parete gastrica. Così facendo evitavano il pericolo della peritonite. Nel 1886 V. Hacker iniziò il metodo di un solo tempo. Albert vi aggiunse la possibilità di produrre una specie di sfintere per mezzo del retto di sinistra, operazione che fu poi modificata da Girard.

Ullmann cercò di fare la fistola continente con una torsione dello stomaco come aveva fatto Gersung con la vescica e col retto.

Hahn utilizzò lo spazio intercostale fra ottava e nona costola e la sua operazione fu poi variamente modificata da Heusser, Sabanajew, Frank, Helferich.

Witzel nel 1891 pubblicò il suo metodo che fu molto seguito e modificato da Marwedel ed altri.

La difficoltà maggiore delle fistole è la contenzione dei liquidi per cui nei vari metodi si è cercato di formare un canale, una specie di piccolo esofago che ordinariamente è fatto a spese della sierosa e quindi facilmente si oblitera, per cui viene sostituito con un tubo di gomma nella fistola. Quando il tubo viene tolto, il canale si chiude e si hanno difficoltà per riaprirlo.

Con tale idea alcuni autori pensavano ad epitelizzare il lume della fistola (Polya) o di ricoprirlo con mucosa (Depage e Tavel). Ma questo mezzo non impedisce la fuoriuscita dei liquidi. Per ciò l'A. ha cercato di formare una valvola che si apre nel senso del lume gastrico e non nel senso inverso.

Il procedimento è il seguente:

I tempo: taglio della parete addominale sinistra lungo il bordo costale interessando cute, muscoli obliqui e trasverso, fascia trasversalis e peritoneo;

II tempo: esteriorizzazione dalla ferita della faccia anteriore dello stomaco e incisione ad U nel mezzo tra la grande e la piccola curvatura, con altezza di cm. 5 1/2 e larghezza cm. 2 1/2, interessante sierosa e muscolare;

III tempo: nel lembo così scolpito formazione di un tunnel mediante punti introflettenti della sierosa al disopra di una sonda;

IV tempo: apertura della mucosa lungo l'incisione già fatta;

V tempo: chiusura della breccia gastrica fino alla base del lembo, e quindi chiusura del lembo dalla parte mucosa in modo da costituire un tubo che è rivestito internamente di mucosa bene irrorata e che possiede una valvola formata dal tunnel già formato sulla sierosa nella base del lembo. Questa valvola è formata da una ripiegatura della parete gastrica rivestita d'ambo le faccie da mucosa.

Questa valvola anulare non lascia passare i liquidi dallo stomaco mentre può essere oltrepassata da un catetere che va dal canale nello stomaco. Quando la pressione interna dello stomaco aumenta allora preme sulla faccia interna della valvola e chiude la fistola.

Con l'ultimo tempo viene fissato lo stomaco intorno alla breccia della parete.

La suddetta operazione è stata eseguita 9 volte nel cane con chiusura perfetta della fistola senza la fuoriuscita di una sola goccia di liquido. Questa funzionalità fu controllata in 5 animali con lo stomaco asportato e riempito di acqua, mentre introducendo nella fistola un catetere si aveva il vuotamento del liquido. R. BRANCATI.

Ipertrofia ed iperplasia della tunica muscolare dell'intestino a monte di segmenti stenotici.

(BUFALINI M. e MIROLLI A. *Archivio italiano di chirurgia*, vol. XXII, fasc. VI).

Il comportamento della parete intestinale e più particolarmente della sua tunica muscolare a monte di un qualsiasi ostacolo alla libera canalizzazione dell'intestino è stato assai discusso e variamente interpretato.

Nelle *stenosi da causa estrinseca*, determi-

natesi in modo acuto, è stato rilevato l'assottigliamento della parete (Tuja, Lejars, Jaboulay, Rollet, Heritier); in quelle però consecutive ad ernia strozzata per la persistenza dell'agente di strozzamento è stato invece osservato un rapido e notevole ispessimento (Schutz, Garrè, Goullioud, Mollard e Berney).

Nelle *stenosi da causa intrinseca* d'origine infiammatoria (ulcerazioni tbc. e sifilitiche), stabilitesi in modo cronico, sono stati osservati prevalentemente ispessimenti della parete (Koenig, Hofmeister, Gérard, Marchant), che si ammettono in genere anche per le forme neoplastiche, allorchè trattasi però di tumori maligni ulcerati o più eccezionalmente di tumori benigni in cui siano sopravvenuti processi ulcerativi da coprostasi, invagione, ecc. (Quenu, Laudel, Magnoux, ecc.).

L'ispessimento della parete intestinale è dovuto ad ipertrofia muscolare nel segmento soprastante alla stenosi o a neoformazione connettivale?

Per il Patel, anche nei casi in cui è evidente l'ispessimento della parete, questo non sarebbe in rapporto con una ipertrofia compensatrice della tunica muscolare (*fattore meccanico*), ma con un processo d'infiltrazione infiammatoria e proliferazione connettivale delle varie tuniche, in particolare della sottomucosa e della sottosierosa, e verrebbe determinato sempre da un'ulcerazione della mucosa corrispondente generalmente al punto di stenosi.

Tale concezione è stata accettata e citata anche nei loro trattati da Bégouin, Roger-Widal-Teissier, ecc. Contrari invece sono Wieting, Muscatello, Marogna, ecc.

Gli AA. pertanto hanno ritenuto opportuno istituire al riguardo due gruppi di ricerche:

1) Ricerche anatomo-istologiche su segmenti d'intestino asportati per stenosi di varia natura ed interpretazione dei risultati in base ad accurato studio clinico dei casi.

2) Indagini sperimentali rivolte a riprodurre nell'animale una stenosi intestinale e studio delle modificazioni nel segmento dell'intestino soprastante.

Circa la prima serie di ricerche su un totale di dieci casi hanno riscontrato ispessimento della parete, particolarmente della tunica muscolare, in otto osservazioni; assenza di ispessimento in due.

I casi a *reperto positivo* si riferiscono a:

a) due stenosi da ulcerazioni tbc. del tenue;

b) cinque stenosi da tumore maligno (carcinoma) ulcerato a sede cecale o cieco-ascendente;

c) una tubercolosi ipertrofica del cieco.

I casi a *reperto negativo* riguardano:

a) un'occlusione da invaginazione di tumore benigno peduncolato e non ulcerato (fibro-mixoma) del tenue, in cui il quadro dell'occlusione intestinale si è stabilito improvvisamente senza che si possa riconoscere un precedente periodo di stenosi;

b) un'occlusione da ulcerazione del tenue di dubbia natura (certamente non neoplastica nè tbc.). In questo caso la sede dell'ulcera è stata punto di partenza di una reazione connettivale così intensa da invadere e distruggere le varie tuniche, compresa la muscolare.

L'ispessimento in tutti i casi in cui esisteva non era affatto apparente ma reale ed era dovuto prevalentemente se non esclusivamente ad *iperplasia* ed *ipertrofia* della tunica muscolare (aumento del numero degli elementi muscolari ed anche del volume delle singole fibrocellule muscolari).

È opportuno rilevare come la iperplasia si sia sviluppata nei casi in cui la stenosi si è stabilita lentamente e progressivamente, mentre è mancata nei casi in cui il fatto occlusivo è stato la prima manifestazione dell'ostacolo alla canalizzazione intestinale. È questo infatti il carattere differenziale fondamentale, al quale si deve dare la massima importanza piuttosto che alla differenza di sede (estrinseca od intrinseca) e di natura (ulcerativa o non) dell'ostacolo.

A conferma dei risultati rilevati sono state praticate indagini sperimentali su conigli. La tecnica delle esperienze è stata semplice; esteriorizzazione attraverso una piccola incisione laparatomica di un'ansa intestinale ed applicazione attorno a questa di un laccio di seta stretto quanto basta per provocare una stenosi bene evidente.

Accurati esami istologici hanno fatto riconoscere l'esistenza d'ipertrofia e d'iperplasia della tunica muscolare dell'intestino al di sopra dei punti stenotici; non è stato mai notato alcun infiltrato infiammatorio della parete.

C. Giacobbe.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Tre anni di vaccinazioni antitubercolari in Rumenia con il B. C. G.

(CANTACUZÈNE, CIUCA, NASTA, VEBER, ALEXA. *Archives de Pathologie expér. et de microb.*, t. II, n. 2-3, 1929).

Gli AA. pubblicano il documentato rapporto sulle vaccinazioni col B. C. G. eseguite in grande stile in Rumenia negli ultimi tre anni, con l'aiuto di molti medici di città e di campagna, con l'appoggio dello Stato e dei Municipi. Il vaccino era preparato a Bucarest e la sua applicazione era preceduta da propaganda intensa fra le masse. Il numero dei vaccinati al marzo 1929 era di 30.000 diffuso in 24 città.

I calcoli che sono serviti alle statistiche elencate nello studio attuale sono fatti su 17.535 bambini essendo state eliminate tutte le osservazioni incomplete. L'età dei bambini varia dai 0 ai 36 mesi con percentuali progressivamente decrescenti. Il metodo statistico utilizzato è quello delle « life tables » adottato dalla Conferenza internazionale del B. C. G. Per non essere troppo ottimisti nelle conclusioni gli AA. hanno attribuito alla tbc. le morti che risultavano dubbie. L'esperienza rumena è stata fatta esclusivamente sull'uomo. Gli esperimenti che hanno preceduto ed accompagnato le vaccinazioni, hanno mostrato la completa innocuità del B. C. G. L'inoculazione di questo alle cavie ed ai conigli dà luogo ad una reazione infiammatoria che resta localizzata qualunque sia la via di introduzione dei bacilli: anche a dosi massive la inoculazione non ha mai dato luogo a processo infettivo ad andamento estensivo, e mai non si sono osservate necrosi caseose nei focolai reazionali, o lesioni disseminative. I bacilli non tardano a scomparire nell'interno dei focolai infiammatori e le stesse lesioni locali si riassorbono in qualche mese senza lasciare traccia. Il blocco del sistema reticolo endoteliale che in caso di bacillo virulento trasforma una infezione tubercolosa benigna in tubercolosi rapidamente mortale con caseificazione massiva delle neoformazioni tubercolari, è assolutamente senza influenza sull'evoluzione del B. C. G. L'infezione così grave per aspirazione intrapolmonare non dà luogo col B. C. G. che ad una localizzata reazione infiammatoria degli alveoli e le lesioni infiammatorie intraalveolari non tardano a riassorbirsi completamente. L'esperienza dimostra l'assenza di proprietà nosogene del B. C. G. negli animali di laboratorio e conferma tutto quello che ovunque è stato stabilito sulla innocuità del B. C. G. per le differenti specie animali (bovini, scimmie ecc.).

Ingerito, il vaccino, non ha mai provocato nei bambini accidenti: la mortalità generale, anzi dei bambini vaccinati è diminuita considerevolmente. Inoculato per via sottocutanea, in pochi casi si hanno ascessolini freddi che restano localizzati e scompaiono con la semplice puntura. Nè incidenti notevoli provoca la rivaccinazione ad eccezione talora di lieve febbre: per via sottocutanea essa dà luogo a reazioni più marcate in bambini che vivono in ambiente bacillifero: questa via è pertanto consigliabile nelle cutireazioni negative.

Mai è stata constatata esaltazione della virulenza: sia sottoponendo gli animali a iniezioni ripetute di tubercolina, sia col passaggio da cavia in cavia, sia col blocco del sistema r. e.

I bacilli assorbiti dal neonato scompaiono rapidamente nei gangli ove si erano accumulati e le lesioni locali provocate dalla loro presenza si riassorbono in qualche settimana senza lasciar traccia: l'evoluzione dei processi infiammatori osservati nell'uomo è perfettamente sovrapponibile a quello che mostra l'esperimento sugli animali. Queste conclusioni sono tratte dagli AA. sopracitati dall'osservazione di 22 autopsie di bambini morti per affezioni diverse ed a diverso intervallo dall'ingestione del B. C. G. Per quel che riguarda l'azione preventiva del B. C. G. nei bovini e negli antropoidi è concordemente stabilito: l'azione preventiva nell'uomo è avvalorata dalla applicazione in mezzi bacilliferi fatta in Rumenia in famiglie miserabili, senza allontanare i piccoli dall'ambiente. E, mentre la letalità per tbc. nei bambini fino ad un anno, nati ed allevati in ambiente tubercoloso, è in Rumenia del 25 %, si ha nei vaccinati viventi nelle medesime condizioni, una caduta all'1,3 % per i casi di tbc. confermata ed alla cifra di 2,3 % se ai casi di tbc. confermata si aggiungono quelli dubbi come diagnosi. L'efficacia premunizzante del B. C. G. dallo studio di 1005 bambini viventi in mezzo bacillifero e mai isolati, è dunque certa, ed è tanto più significativa, in quanto dopo l'età di un anno nessun caso di tbc. si è prodotto nei vaccinati. I vaccinati mantengono ottimo stato generale e la loro curva di accrescimento evolve normalmente: sono descritti anzi casi di bambini vaccinati, malandati prima, in buono stato generale dopo.

L'allergia da B. C. G. costante nelle cavie lo è di meno nell'uomo.

In conclusione la vaccinazione col B. C. G. desunta dai risultati ottenuti in Rumenia, è inoffensiva e singolarmente efficace: il suo uso deve essere esteso anche al di là dei bambini nati in ambiente tubercoloso.

MONTELEONE.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

V. BALTHAZARD. *Précis de Médecine Légale.* Quatrième édition, entièrement revisée. Edit. I.-B. Baillière et Fils. Parigi (Rue Hautefeuille 10). Prezzo Fr. 50.

Ritornato dalla guerra, ai primi del 1919 il prof. V. Balthazard trovò a Parigi esaurita interamente la seconda edizione del suo compendio di Medicina legale. Mise mano, perciò, alla terza edizione che su per giù non fu se non la riproduzione della precedente, con qualche modificazione. Non fu possibile allora all'A. la ricostruzione aggiornata del suo libro didascalico, anzi tutto perchè durante un quinquennio di guerra l'A. venne distolto da' suoi studi Medico-Legali, dovendo attendere all'ufficio di Comandante d'un gruppo di batterie di artiglieria. Il Balthazard apparteneva ag ufficiali dell'Arma Combattente, e richiamato in servizio come tale era rimasto, essendogli stato affidato appunto il comando di alcune batterie; comando, la cui responsabilità lo preoccupò interamente, e non gli permise di ripensare ai prediletti studi della Medicina in genere, e della Medicina Legale in ispecie. Inoltre nel periodo bellico, se si toglie qualche problema relativo alle intossicazioni da gas, o relativo alle invalidità da ferite belliche, la disciplina medica professata dal Balthazard non potè subito avere uno sviluppo normale, come pur succedette per tutte le branche in genere dello scibile. Molti medici osserva il Balthazard, ai quali era poco familiare la Medicina Legale, credettero di scoprire allora cose nuove, mentre si trattava di sindromi classiche, come, ad es., le commozioni belliche relative a traumi svariatissimi nevrotici, e psichici.

In questa edizione il Balthazard ha potuto concludere e concretare fatti importanti, e relativi anche alla Medicina Legale Militare postbellica. Salito alla cattedra della Facoltà Medico-Chirurgica Parigina, cattedra che si adorna di una corona di fronde auree su cui spiccano i nomi di Orfila, Tardieu, Brouardel, il Balthazard inaugurò nel marzo 1921 il nuovo Istituto Medico-Legale con un Laboratorio, da cui uscirono contributi originali, e importanti alla traumatologia bellica, e sua valutazione Medico-Legale. Nella nuova edizione sono esposti i contributi delle recenti indagini relative alla l'*électrocution par les courants de basse tension, l'identification de projectiles d'armes à feu courtes, la détermination précise et rapide du coefficient d'intoxication dans l'asphyxie par l'oxyde de carbone* (*à l'aide de la spectrométrie*) ecc.

La parte innovatrice, poi, sta nella ricostruzione dei capitoli relativi alle *leggi dell'infortunistica*, e della *patologia e clinica professionale*, nonchè alle Pensioni belliche.

Gli orizzonti della Medicina Legale, osserva il Balthazard, si sono di tratto ampliati alla comparsa delle leggi politico-sociali, che hanno a poco a poco creata una Medicina quale era stata vagheggiata pur da noi. Non a caso Lorenzo Borri in Italia avvistava il sorgere e concretarsi di una Medicina Pubblica, che già il Baccelli aveva designata con il nome di Medicina Politica.

Il risarcimento dei salariati infortunati, dei pazienti professionali, degli invalidi e mutilati della guerra, e di quanti onestamente lavorano nell'officina o nei campi; la protezione dai rischi del lavoro, e della professione, sono tutti argomenti in via di studio e d'applicazione pratica nelle nazioni veramente colte e civili. Quest'applicazione, osserva acutamente il Balthazard, ha fatto e fa sorgere nuovi problemi di Medicina Legale, la cui soluzione diventa oggetto di studi competenti e tutt'affatto particolari, o speciali.

È necessario che il medico pratico, nella multiforme sua attività, si renda conscio dell'incremento e dei nuovi sviluppi delle discipline Medico-Legali contemporanee, che accrescono il patrimonio delle classiche nozioni fondamentali, su cui si sono innestate quali vigorosi, e giovani polloni del vecchio tronco della Medicina.

Il volume del prof. Balthazard è illustrato, e sarà bene accolto dagli studiosi della Medicina, e dai cultori del Diritto, e delle Legislazioni sociali.

Genova, 18 marzo 1930-VIII.

Prof. G. G. PERRANDO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

FRIBOURG-BLANC. *Le traitement de la paralysie générale et du tabes par la malaria provoquée.* Un vol. in-8° di pag. 120. Masson & C., 1929, Paris, Frs. 15.

Scopo dell'A. è stato di mettere alla portata del pratico ed in modo semplice e chiaro, tutti i dati necessari per applicare la malarioterapia, ed i risultati che da tale trattamento si possono avere nella paralisi generale e nella tabe.

L'A. quindi precisa le indicazioni, la tecnica della malaria provocata, le reazioni che si determinano nell'organismo. Studia anche i risultati che si possono avere nella paralisi generale sulle turbe psichiche, sui sintomi neurologici, sulla sindrome umorale, così pure sulle turbe subiettive e obiettive dell'atassia locomotrice.

I benefici della malarioterapia sono migliori se si unisce il trattamento specifico.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Il volumetto quindi rappresenta nell'insieme una buona guida per chi desidera eseguire tale metodo di cura, oggi riconosciuto il migliore nella paralisi progressiva. A. P.

F. J. Cortezo. *Cuando y como debe aplicarse la centroterapia po via nasal.* Un vol. in-16° di 255 pag. con 16 fig. Morata, ed. Madrid, 1929.

Libro di attualità in questi tempi di assueroterapia. In realtà, però, ad Assuero non si accenna che di sfuggita, mentre il vero fondatore della Centroterapia per via nasale appare P. Bonnier, di cui si cita ad epigrafe il detto: « È con la vigilanza del bulbo che si coltiva la salute; è con le sue deficienze che si coltivano le malattie nell'ambiente organico ».

Gli albori della teoria sono riferiti allo studio della sindrome di Deiters, isolata da Bonnier; tenuto conto delle sue connessioni col trigemino, questo autore ha pensato di agire su di esso per via riflessa, sopra le terminazioni del trigemino stesso, nei cornetti nasali. Da ciò, la genesi della centroterapia, la quale ha avuto nelle mani di Bonnier degli sviluppi impensati e strani. Ecco qui, p. es., riferiti: un caso di laringite tubercolare guarito con una sola cauterizzazione, la scomparsa in 24 ore delle enteriti dei lattanti, delle nevrosi d'angoscia, il ritorno delle mestruazioni. La minima cauterizzazione della mucosa permette di ottenere scariche urinarie, chiarifica l'urina, fa scomparire la piuria, l'ematuria, cura delle albuminurie gravissime e così via.

Le ultime pagine sono dedicate a descrivere la tecnica dell'applicazione del metodo.

fil.

R. Montelucci. *Noi... ed il mondo esterno.* Un vol. in-8° di 299 pag. Maglione, ed. Roma. L. 18.

L'ambiente che ci circonda è stato fin qui forse troppo trascurato nello studio della patogenesi delle malattie e soltanto in questi ultimi tempi si è venuto rivolgendo ad esso l'attenzione degli studiosi e dei pratici.

L'A., che è essenzialmente un medico pratico, ha raccolto, nell'esercizio professionale numerose osservazioni sulla grande importanza dell'ambiente (umidità, temperatura, elettricità, ossigenazione), specialmente per le malattie respiratorie e le convalida con quelle di altri numerosi autori, che viene man mano citando.

Nella prima parte, dà uno sguardo generale alla questione, considera nella seconda i diversi elementi dell'ambiente che possono influire sulla patologia, studiando nella terza i meccanismi per cui possono agire sull'organismo e vedendo, nella quarta, i loro rapporti con le teorie batteriologiche.

Libro che invoglia ad approfondire lo studio della questione, la quale è certamente importante e può, da un lato, chiarire meglio i fenomeni e, dall'altro aiutarci nella difesa contro le malattie.

fil.

M. Aron. *Vie et reproduction.* Un vol. in-8° di 366 pag. con 190 fig. Masson et C.ie, Paris, 1929. Prezzo Fr. 38.

L'opera è divisa in due parti. Nella prima, l'A. si occupa della citologia in generale, nella seconda considera le associazioni e le correlazioni fra le cellule negli organismi (tessuti, accrescimento) e, nella terza, tratta della riproduzione degli organismi stessi, esaminando la sessualità, la fecondazione, il determinismo dei sessi ed il problema dell'eredità.

Questo volume costituisce un trattato elementare di biologia animale, in cui sono considerati gli aspetti attuali dei problemi generali relativi alla vita delle cellule e degli organismi. Le questioni complesse della biologia sono qui presentate in forma chiara e semplice, senza esservi schematizzate. Non soltanto i medici, ma anche tutte le persone colte troveranno in questo volume molte nozioni di grande importanza per una buona iniziazione biologica.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 29 marzo 1930.

Presiede il Prof. S. Baglioni, vice-presidente.

L'eliminazione dell'anidride carbonica nel beri-beri aviario.

Prof. P. Testoni. — L'O. riferisce i risultati di alcune ricerche intorno alla eliminazione della anidride carbonica nei colombi in istato di beri-beri aviario alimentati col metodo Di Mattei (gr. 25 di riso brillato e 25 semi di girasole decorticati) e conclude che l'eliminazione dell'anidride carbonica procede in questi animali presso a poco come negli animali normali.

Questi risultati collimano da un lato con quelli ottenuti dal Di Mattei, il quale vide invariato il contenuto in glutatione dei tessuti nel beri-beri aviario, ma contrastano con i risultati ottenuti da altri AA. i quali si erano però serviti, per produrre avitaminosi B, di regimi alimentari fondamentalmente diversi.

L'O. infine si propone il quesito, se l'influenza favorevole esercitata dai semi di girasole nell'andamento del beri-beri aviario sia da attribuire soltanto ai principî alimentari contenuti nei semi stessi o anche alle *sostanze fotodinamiche* che, secondo recenti ricerche, vi sono presenti. L'O. si propone di riferire i risultati di ulteriori indagini non appena avrà elementi sufficienti per chiarire il complesso problema.

Su alcuni casi di micosi dell'orecchio da « Sterigmatocystis nigra ».

Prof. R. Motta. — L'O. riferisce su 7 casi di micosi dell'orecchio esterno, interessanti talora anche la membrana del timpano, nei quali era visibile una vegetazione micotica superficiale, che studiata colturalmente e microscopicamente risultò essere determinata da *Sterigmatocystis nigra*. La vegetazione era talora così abbondante da chiudere il condotto uditivo con zaffi micotici. La superficie colpita era arrossata ed erosa. La guarigione ebbe luogo con grande facilità, mediante trattamento con alcool-salicilico all'1 %. L'O. si intrattiene su particolari dell'esame microscopico.

Il prof. Puntoni chiede se l'O. abbia compiuto speciali indagini per rendersi conto se tale vegetazione micotica sia primitiva oppure impiantata secondariamente sopra una precedente otite d'altra natura, e soprattutto se abbia potuto determinare i reali rapporti fra il micete ed i tessuti.

Il prof. Motta risponde che per studiare i rapporti del micete con i tessuti sarebbe occorsa una biopsia, ch'egli non ha creduto opportuno di praticare. Tuttavia ritiene che si tratti effettivamente di una micosi primitiva, in considerazione del decorso e della pronta guarigione sotto l'azione di una cura adatta.

Ricerche sulla etiologia, anatomia patologica e fisiopatologica dell'infezione parotitica epidemica.

Prof. T. Pontano. — L'O. ricorda come tutto è incerto nei riguardi di questa malattia.

L'etiologia è stata lungamente discussa e tuttora non è risolta. L'O. ha ritrovato con facilità, nella saliva di parotitici, tanto il diplostreptococco di Laveran quanto la spirocheta di Remorgaud che ha potuto coltivare nei terreni proposti da Remorgaud stesso. Ma tale reperti divengono eccezionali se si abbia cura di studiare la saliva prelevata per sondaggi del dotto e divengono assenti se si sottoponga ad indagine il materiale ottenuto dalla puntura della ghiandola o di testicoli affetti. D'altro canto questi reperti si possono ottenere con facilità qualora si esamini la saliva di persone sane o di malati diversi. Riguardo alla teoria del virus filtrabile l'O. dichiara che conta di eseguire ricerche in proposito.

Per ciò che riguarda l'anatomia patologica, è noto il dibattito esistente, per cui alcuni AA. ritengono che sia colpito il parenchima, altri la parte interstiziale delle ghiandole. Il problema è difficile da studiare perchè è eccezionale che i parotitici arrivino al tavolo necroscopico, ond'è che l'O. ha voluto risolverlo mediante biopsie, e successivo studio istologico; ha potuto così dimostrare che non è colpito il parenchima, ma solo la parte interstiziale della ghiandola che presenta edema ed infiltrazione leucocitaria.

Infine, dal punto di vista fisiopatologico, l'O. ha osservato di norma diminuzione o sospensione del flusso salivare, il che può spiegarsi con la compressione che vengono a subire gli acini ghiandolari. Ha poi rilevato che la saliva secreta o ha caratteri normali, anche dal punto di vista enzimatico, oppure si mostra alquanto più concentrata delle salive normali.

Sulla interessante comunicazione non hanno luogo discussioni.

Della cataratta nigra.

Dott. I. Neuschüler. — L'O. dopo aver ricordato che questa forma è molto rara, espone una osservazione personale, e le ricerche compiute come contributo allo studio dell'etio-patogenesi.

Egli non ha trovato nè pigmento ematico, nè tirosina, ond'è che non si associa alle teorie che riguarderebbero il fattore emorragico o l'accumulo di tirosina come la causa della malattia.

Per contro ha rilevato addensamento forte delle fibre cristalliniche (il che può spiegare il cambiamento di colore che sarebbe determinato da un cambiamento di refrangenza) e presenza di colesterina. Inoltre il malato presentava una forte colesterinemia (cifra quasi doppia del normale).

L'O. ammette perciò che l'ipercolesterinemia possa dar luogo ad accumulo di colesterina nel cristallino, con conseguente addensamento delle fibre e cambiamento di stato fisico e di colore.

Il prof. Puntoni chiede all'O. se abbia cercato di dar consistenza ad una teoria con ricerche sperimentali.

Il prof. Arcangeli rileva che la colesterinemia è un fatto bene accertato anche nei vecchi affetti da cataratta usuale.

Il dott. Neuschüler risponde che la parte sperimentale non è agevole, prestandosi poco gli animali alla riproduzione della cataratta.

Quanto al rilievo del prof. Arcangeli, fa osservare che nei riguardi della cataratta nigra che fa oggetto della comunicazione, oltre alla colesterinemia (che del resto non era stata descritta in tale forma) esisteva accumulo di colesterina sul cristallino stesso.

Asportazione bilaterale del 3° ganglio simpatico cervicale e dei primi due toracici in un malato affetto da tromboangioite obliterante (Malattia di L. Bürger), già amputato degli arti inferiori e con fatti iniziali di gangrena degli arti superiori (con presentazione dell'operato).

Prof. R. Alessandri. — L'O. presenta un malato che anni or sono subì l'amputazione degli arti inferiori per malattia di Bürger. Ultimamente ha presentato i sintomi della malattia agli arti superiori con inizio di gangrena e dolori così intensi da reclamare un intervento.

Allo scopo di risparmiare nuove mutilazioni al malato, e per calmare gli atroci dolori, l'O. riferisce che, dopo aver scartato le operazioni di simpatectomia periarteriosa e di surrenelectomia sinistra, ha pensato di ricorrere alla gangliectomia simpatica, come si usa nel morbo di Reynaud. Tale operazione era stata praticata da un solo chirurgo, l'argentino Diez, nel morbo di Bürger, asportando l'ultimo ganglio cervicale ed

il primo toracico. L'O. invece ha praticato una più vasta gangliectomia estendendola anche al 2° ganglio cervicale.

L'operazione, praticata prima a destra, determinò la cessazione dei dolori anche dal lato sinistro; ma poi essendo i dolori ricomparsi da quest'ultimo lato, fu eseguita anche a sinistra.

In seguito all'operazione ricomparve, in misura normale l'oscillometria, che prima era scomparsa, migliorarono le condizioni delle parti colpite da necrosi e la necrosi stessa si è delimitata.

L'O. pur facendo riserve sull'esito definitivo, prospetta la possibilità di un ripristinamento della circolazione.

Il socio prof. PONTANO dopo aver asserito che egli giustificherebbe l'intervento operativo anche al solo scopo di troncare gli atroci dolori cui vanno soggetti questi malati, si intrattiene a discutere la patogenesi del dolore, che egli ritiene legato a condizioni locali perchè l'amputazione lo fa cessare. La gangliectomia simpatica giova perchè tronca la via del dolore, che in questa malattia è delle vie simpatiche. Quanto al miglioramento della malattia stessa in seguito a tale intervento, egli esprime i propri dubbi, perchè ritiene che i fatti necrotici siano determinati da una vera obliterazione e non da spasmo o da azioni riflesse; a meno che il riposo del malato, consentito dalla cessazione del dolore, non possa essere una causa di beneficio. Ritiene altresì che il sintomo dell'oscillometria possa aver carattere temporaneo.

Il prof. ALESSANDRI risponde facendo osservare le probabilità che entrino in giuoco anche azioni riflesse; infatti l'operazione praticata prima a destra fece, almeno temporaneamente, cessare i dolori anche a sinistra. Anche il ritorno dell'oscillometria in misura normale, secondo l'O. parla in favore dell'importanza di azioni riflesse, le quali potrebbero esercitarsi su vasi non chiusi, poichè infatti in tale malattia, non tutti i vasi sono obliterati. Sull'esito definitivo dell'operazione l'O., pur nutrendo speranze, dichiara che non è in grado di pronunciarsi.

Contributo allo studio della cataplexia.

Prof. G. AYALA. — Anzitutto l'O. prospetta le quistioni ancora quasi del tutto insolute riguardanti la natura, la etiologia e la patogenesi di questa sindrome che va sotto differenti nomi: « chute ou astasie » di Gélineau; « kataleptische Starre » di Löwenfel; « kataplektishe Hemmung » di Henneberg; « plötzlicher Tonusyerlust », « affektiver Tonusverlust » di Redlich e « Tonusblockade » di Stern, ecc.; questioni che si riconnettono intimamente con quelle certamente non più chiare dei centri e dell'origine del sonno, del tono muscolare, della patogenesi della epilessia. Presenta quindi una malata di a. 37, ricoverata da più mesi nel suo riparto, la quale alcuni anni fa presentò sintomi psichici a tipo isterico che poi scomparvero completamente. Da 7-8 mesi, in seguito ad affezione febbrile, va ora soggetta a crisi di sonno irresistibile, diurno, della durata di pochi minuti fino a un'ora e mezza, dal quale può essere destata facilmente provando però un disagio e un'ambascia indefinibile che non prova se il risveglio avviene spontaneamente. Le crisi di sonno si presentano spesso senza cause apprezzabili e senza prodromi, ma per lo più insorgono all'inizio del pasto; si sono ripetuti anche più volte nella stessa giornata.

Oltre a queste crisi narcolettiche la paziente ha presentato degli attacchi di brevissima durata, di perdita improvvisa della forza e del tono della muscolatura degli arti e del collo, per cui essa si abbatte come un cencio al suolo o sul letto, se vi si trova. Durante la crisi che dura al massimo un minuto e mezzo la coscienza è perfettamente conservata e la crisi non lascia nessun sintomo postumo. Durante una di queste crisi l'O. ha potuto constatare che i movimenti passivi degli arti presentavano una resistenza assolutamente minore della norma e avevano un'ampiezza maggiore dell'ordinario. I riflessi rotulei ed achillei erano aboliti e vi era il Babinski. Questi fenomeni obbiettivi scomparirono con la cessazione della crisi. Una seconda volta l'O. arrivò solo a tempo a constatare la scomparsa dei rotulei.

Questo caso è il secondo, dopo quello di Wilson, in cui è stato praticato un esame neurologico, sia pure sommario, dei riflessi e del tono muscolare di postura. È anche interessante questa osservazione perchè si tratta di una donna (i casi di narcolessia più cataplessia che riguardano gli uomini sono 6 volte più numerosi di quelli riguardanti le donne, in tutto 44 dal 1880 al 1928). Non è privo d'interesse anche il fatto che nel caso illustrato le crisi narcolettiche s'iniziarono circa trenta giorni dopo un'affezione febbrile a tipo influenzale in un soggetto probabilmente isteroide; e che attualmente presenta anemia con linfocitosi. La paziente presenta altresì una sella turcica relativamente piccola (Radiografia).

Il Segretario: V. PUNTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Effetti dell'esercizio fisico sulla glicemia.

C. Bruusgaard (*Norsk Magasin for Laegevidenskapen*, luglio 1929) ha studiato le variazioni della glicemia in atleti durante l'allenamento e le gare (salti e corse a lunga distanza), usando il metodo di Hagedorn e Normann-Jensens ed arriva alle seguenti conclusioni:

1) l'esercizio di breve durata è sempre accompagnato dall'aumento dello zucchero sanguigno, dovuto in parte a fattori emotivi, in quanto che esso è assai meno sensibile durante l'allenamento. Ne viene quindi che l'ipoglicemia non può essere considerata come causa della fatica provocata dagli esercizi di breve durata;

2) quando l'esercizio dura più di 3 ore, si ha costantemente una diminuzione dello zucchero sanguigno, diminuzione che non è mai notevole. L'organismo ha poi una capacità spiccata per mantenere lo zucchero sanguigno nei limiti normali e soltanto degli esercizi molto gravosi provocano una ipoglicemia notevole;

3) durante gli esercizi gravosi e di lunga durata, l'ipoglicemia può essere considerata come un fattore che dà la fatica. In tali circostanze lo zucchero deve essere somministrato preferibilmente in soluzione acquosa concentrata;

4) l'organismo diabetico reagisce come il sano, però le variazioni sono molto più marcate, sia nel senso della iper- che della ipoglicemia. *fil.*

L'iperventilazione.

Le aspirazioni forzate determinano, secondo C. Mandowsky (*D. Mediz. Wochenschr.*, n. 28, 1929), una forte eliminazione di acido carbonico e quindi un'alcalosi; contemporaneamente si osserva una diminuzione della glicemia. L'effetto determinato dall'iperventilazione, l'attacco tetaniaco, è molto lieve nei diabetici; anche in questi si osserva nell'iperventilazione una diminuzione della glicemia. Esistono dunque stretti rapporti tra il contenuto di zucchero nel sangue e la comparsa di sintomi tetaniaci da iperventilazione; la somministrazione orale di glucosio (fino a 100 gr.) riesce ad impedire del tutto questi attacchi tetaniaci, anche in casi in cui, senza la somministrazione del glucosio, essi sono molto intensi. L'iperventilazione determina inoltre anche un'elevazione termica e sudore. La pressione del sangue diminuisce in seguito all'iperventilazione, tanto in condizioni normali quanto in casi di ipertonia fissa; mentre aumenta invece nell'ipertonia labile, determinando contemporaneamente disturbi soggettivi (disturbi anginoidi, cefalea, ecc.).

Il dolore determinato da affezioni di organi addominali (appendicite, ulcera gastrica, colecistite, annessite, ecc.) viene risvegliato dalla iperventilazione; si rendono evidenti delle zone di Head, e quelle già esistenti si estendono. Nel campo neurologico, l'iperventilazione rende evidente il fenomeno di Babinsky che prima era dubbio; lo stesso per il sintomo di Rossolino. Una reazione pupillare tarda alla luce, viene trasformata dall'iperventilazione in rigidità pupillare assoluta; le zone ipoestesiche presentano anestesia, quelle iperestesiche diventano ancora più sensibili al dolore. In casi di isterismo, schizofrenia, paralisi, l'iperventilazione riesce a provocare l'accesso.

POLLITZER.

SEMEIOTICA.

Il segno della sonorità pre-epatica.

Il segno della sonorità pre-epatica consiste nel seguente fenomeno: mentre, su un p. semiseduto, la percussione della regione epatica un po' al di sotto del capezzolo destro fino all'arcata costale fa rilevare una netta ottusità, questa, in particolari circostanze patologiche, è sostituita da una sonorità più o meno estesa, ma sempre evidente, se si ha l'accortezza di ricercarla con la percussione leggera. Tale sonorità è dovuta al fatto che il gas, che, in seguito a perforazione di un'ulcera, sfugge dallo stomaco o dal bulbo duodenale sotto una certa pressione, si espande nel cavo peritoneale libero e va a raccogliersi sotto la cupola diaframmatica, talvolta nello spazio inter-epato-diaframmatico.

Tale segno, secondo Soupault (*Presse Méd.*, n. 9, 1930), è di grande importanza e permette di diagnosticare una perforazione gastroduodenale in peritoneo libero; la sua assenza per contro deve indirizzarsi ad un'altra diagnosi.

Prendendo in considerazione i diversi elementi di diagnosi (antecedenti gastrici, dolore brusco « a colpo di pugnale », contrattura addominale, assenza di vomito, ecc.), vediamo che tutti concordano per una forma di *addome acuto;* ma che nessuno di essi è sufficiente per poter ammettere una perforazione gastro-duodenale.

Tra i *grandi accidenti addominali*, osservati nelle prime ventiquattr'ore, i quali si prestano ad esser confusi con l'ulcera perforata, e cioè l'*appendicite acuta*, la *pancreatite acuta*, la *colecistite perforativa*, nessuno presenta il segno della sonorità pre-epatica che è patognomonico invece della perforazione gastro-duodenale.

In 21 pazienti affetti realmente da perforazione d'ulcera gastro-duodenale il Soupault ha rilevato costantemente la scomparsa dell'ottusità epatica. C. GIACOBBE.

Il bilancio della colecistografia.

Ne riferisce B. R. Kirklin (*Arch. of Surg.*, n. 18, 1929) quale risultato di 17.000 colecistografie eseguite nella Clinica Mayo.

La via d'introduzione della tetrajodofenolftaleina è quella orale, i cui risultati sono eguali a quella per via endovenosa.

Principale fattore della colecistografia è l'osservazione della funzione di concentrazione della cistifellea, la quale può apparire normale, insufficiente, assente; per tale giudizio occorre servirsi d'una serie di successive radiografie.

Nella calcolosi si potranno osservare delle ombre più chiare o più opache in mezzo all'ombra vescicolare.

Le deformazioni del contorno della cistifellea non permettono precise indicazioni diagnostiche, perchè talora molte briglie cicatriziali non producono alcuna deformazione, mentre talora una sola briglia può deformare la cistifellea.

Sulla percentuale di errori che fornisce la colecistografia non v'è l'accordo; è da notare però che in questi ultimi anni per il perfezionamento della tecnica e la maggiore familiarità delle osservazioni, i risultati esatti sono saliti a 90-97 %. Il maggior numero di errori è fornito dal colecistogramma normale; infatti su 331 pazienti con colecistogramma normale, in 47 v'era una vescichetta chiaramente malata ed in 14 furono riscontrati dei calcoli. Questo fatto apparentemente paradossale s'accorda con le ricerche di Caylor e Bollman, i quali hanno mostrato che la funzione di concentrazione vescicolare poteva essere normale malgrado gravi lesioni della cistifellea.

CARUSI.

CASISTICA.

Uno studio sul reumatismo dei bambini.

Campbell e Varner (*Lancet*, 11 genn. 1930) rilevano che il reumatismo è tanto frequente fra i bambini poveri che il 15 % dei bambini al disopra dei 3 anni ricoverati in due ospedali del South East a Londra ne sono affetti. È impressione degli autori che i più poveri sono più spesso colpiti. Su 250 casi osservati c'era una preponderanza delle femmine (3 femmine ogni 2 maschi) e questa preponderanza del sesso femminile è più marcata nella corea. Il reumatismo raramente compare prima dei 4 anni di età, la corea anche più tardi; l'età più colpita è fra i 6 e i 7 anni. Il reumatismo nell'anamnesi familiare fu provato nel 60 % dei casi, quindi è un fattore da non trascurarsi. Anche la corea fu trovato più frequentemente in casi con precedenti familiari di corea.

I mesi invernali (da novembre ad aprile) dànno il maggior numero di casi.

Fattore predisponente importante è la debolezza da malattia recente (morbillo, scarlattina), mentre poca importanza ha il vomito ciclico. La tonsillite può predisporre alla malattia; essa quasi sempre prende il reumatismo di pochi giorni o di 3-4 settimane.

In circa la metà dei malati si ascoltò un rumore sistolico nell'acme della malattia. Segni permanenti di lesione cardiaca rimasero nel 15 % dei malati d'ambulatorio e nel 30 % di quelli ospedalizzati.

L'estirpazione delle tonsille, fatta in media due anni prima del reumatismo, non impedì a questo di manifestarsi nè deminuì la sua frequenza o modificò il decorso delle complicazioni. Quindi la tonsillectomia non si può ritenere metodo preventivo nella profilassi del reumatismo. L'incompleta enucleazione delle tonsille è seguita da maggior tendenza a sviluppo del reumatismo. L'estirpazione delle tonsille è giustificata in un piccolo reumatico solo quando lo stato generale è minacciato dalle frequenti tonsilliti; però l'intervento è controindicato durante o immediatamente dopo un attacco reumatico.

R. LUSENA.

Il reumatismo tubercolare.

Lo scarso numero di fatti che si possono portare in favore del reumatismo tubercolare ci spiega che la sua esistenza sia stata contrastata. Sembra però che l'esistenza di una forma atipica di tubercolosi sperimentale della cavia, quale è stata descritta da Calmette e Valtis per inoculazione dei filtrati di prodotti tubercolari permetta di completare la dimostrazione dei rapporti della tubercolosi con alcune forme di reumatismi articolari, acuti, subacuti o cronici.

In tre casi G. Paisseau e V. Oumansky (*Ann. de méd.*, 1929, n. 1) hanno provocato, mediante l'inoculazione di prodotti patologici tubercolari non filtrati, una tubercolosi sperimentale che presentava i caratteri essenziali della tubercolosi ottenuta con gli elementi filtrabili.

In un primo caso, si trattava di una donna affetta da porpora reumatoide con bronco-polmonite; nel secondo, di un individuo con idartrosi cronica del ginocchio comparsa in seguito ad un attacco di reumatismo poliarticolare, con sospetto di tubercolosi polmonare, ma senza segni di certezza. Il terzo riguardava un adolescente con cicatrici di tubercolosi osteoarticolare; in seguito ad un notevole attacco di reumatismo acuto con forti reazioni infiammatorie, comparvero ai due gomiti dei focolai di osteite acuta, seguiti dalla formazione di ascessi.

Le inoculazioni fatte dagli AA. hanno dimostrato che questi prodotti patologici non contenevano bacilli tubercolari di virulenza normale, ma attenuata; questi provocarono soltanto un'infezione del sistema linfatico con presenza di bacilli acido-resistenti talora abbondanti, ma incapaci di generalizzarsi nei vi-

sceri e di provocare la morte dell'animale, come nella tubercolosi sperimentale classica.

Gli AA. ammettono, in queste condizioni, che le inoculazioni hanno messo in evidenza l'esistenza di bacilli acido-resistenti assimilabili ai germi provenienti dagli elementi filtrabili dei bacilli tubercolari (ultravirus).

Questi fatti tendono a completare le prove batteriologiche dell'origine di un certo numero di forme cliniche di reumatismo tubercolare, che i comuni processi di indagine rimangono impotenti a fornire. *fil.*

Le manifestazioni articolari dell'emofilia.

Le manifestazioni articolari dell'emofilia, spesso non fanno che aggiungere un altro sintoma ad un'affezione già diagnosticata ed in tal caso, l'emartro non rappresenta, si può dire, che una curiosità clinica. Vi sono invece dei casi in cui esso costituisce la prima manifestazione; allora la diagnosi precoce s'impone per evitare degli interventi che possono essere fatali al malato.

Vi richiamano l'attenzione F. Bec e R. Michel-Béchet (*Cahiers de pratique médico-chirurg.*, 1929), facendo rilevare che l'inizio dell'emartro è brusco, il dolore è vivo, lancinante. L'immobilizzazione assoluta attenua le sofferenze, che ricompaiono però al minimo movimento, calmate appena dalla morfina. Lo stato generale è un po' alterato: malessere, anoressia, temperatura a 38°-38°,5, polso frequente.

Localmente, l'articolazione è globulosa, ma *la cute è bianca*, carattere che permette la distinzione dal reumatismo e dalle artriti acute, in cui la cute è rosea. Ginocchio in semiflessione, sinoviale tesa, culi di sacco pieni, urto rotuleo più o meno netto.

Sintomi acuti che durano per 2-3 giorni, durante i quali si deve fare la diagnosi allo scopo di *non far nulla;* dopo circa otto giorni, l'articolazione ritorna allo stato normale, salvo ad aversi poi una ripetizione dell'emartro. Tale ripetizione, che può farsi anche 40-50 volte, finisce per produrre nella sinoviale, nei legamenti, nelle superfici ossee delle lesioni organiche, dando uno stato di artropatia costituita che simula, ad un esame superficiale, un tumore bianco.

Nel periodo acuto, l'emartro può essere oligo- o pluriarticolare. Quando si ripete, sceglie una data articolazione e vi si fissa, dando il quadro di un'osteoartrite tubercolare, salvo la mancanza di dolore alla pressione delle superfici ossee e la mancanza di adenopatia crurale.

Cruet distingue due forme cliniche: 1) quella grave dell'anca, caratterizzata da un dolore vivo antecedente il versamento e da anestesia con paresi nel dominio del crurale; 2) quella mediotarsica, che fa spesso fare la diagnosi errata di tarsalgia degli adolescenti.

La diagnosi è difficile quando l'emartro costituisce la prima manifestazione dell'emofilia; è però eccezionale che, nella storia del malato manchino gli antecedenti di ecchimosi discrete, di epistassi facili, di ematurie; ma il ricercare questi sintomi significa l'aver già fatta la diagnosi. La radiografia, almeno all'inizio, non dà nessuna indicazione precisa.

La puntura, che non deve mai essere un mezzo terapeutico e che può presentare gravi inconvenienti (possibilità di infezione, aumento del versamento) non può costituire un mezzo diagnostico.

Soltanto l'esame del tempo di coagulazione del sangue venoso può dare delle indicazioni utili.

La diagnosi sarà soprattutto clinica, evitando la confusione con l'artrite blenorragica, l'osteo-artrite acuta epifisaria, un attacco di reumatismo articolare acuto.

In presenza di un'artropatia in un individuo già riconosciuto emofilico, la diagnosi differenziale sarà soprattutto con la tubercolosi articolare; l'assenza di punti dolorosi ossei, di reazione ghiandolare, la nozione di attacchi precedenti sono gli elementi essenziali per la diagnosi. *fil.*

Disturbi simpatici durante il reumatismo articolare acuto.

Durante il decorso del reumatismo articolare acuto possono aversi svariati disturbi del gran simpatico che inquietano sempre il malato, anche se non hanno carattere di gravità. Guérin (*La revue méd.*, 14 febb. 1929) li distingue come segue:

1) *Disturbi cardiaci*, specialmente: aumento della pressione arteriosa e tachicardia (che succede ad un attacco di reumatismo articolare, anche senza piressia);

2) *Disturbi termici locali;* alcune parti dei tegumenti hanno una temperatura più elevata in confronto di altre;

3) *Disturbi trofici*: deformazioni articolari, pigmentazioni della cute, infiltrazioni calcari, miopatie, ecc. Durante la crisi acuta, i malati accusano talora dei crampi dolorosi e persistenti limitati ad un gruppo muscolare;

4) *Disturbi sudorali* che, il più spesso, sono dovuti alla medicazione salicilica. Talvolta, si ha una segmentazione della secrezione sudorale, localizzata, p. es., alle estremità delle mani o dei piedi;

5) *Aspetto particolare della pelle*, a pelle d'oca, dipendente dai pilomotori, per l'intervento del simpatico. *fil.*

Le acroosteopatie.

Merlini A. (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. VIII, fasc. 6) crede opportuno riunire tutte le forme croniche dolorose delle sporgenze ossee in un capitolo unico di patologia del

sistema locomotore e propone il nome generico e comprensivo di acroosteopatie.

Sulla scorta di osservazioni personali l'A. afferma che per queste affezioni l'atto operativo non è indicato e che col solo riposo si ha un miglioramento ma non una guarigione definitiva. Riuscì invece indiscutibilmente efficace nel caso riportato dall'A. il duplice trattamento radiodiatermoterapico. BUCCI.

TERAPIA.

La nutrizione dei malati di rene.

Hegler (*Die Mediz. Welt*, n. 9, 1930) ricorda dapprima e raccomanda alcuni libri tedeschi che si occupano esclusivamente di dieta nelle varie malattie; poi passa a studiare le più opportune norme dietetiche nei singoli casi di lesione del rene.

Anzitutto, alcune regole generali: l'anuria deve essere combattuta con la cura della fame e della sete (Volhard); l'edema nefritico richiede in principio anch'esso la stessa dieta, poi una somministrazione di idrati di carbonio e grassi, mentre il sale e l'albumina debbono essere ridotti al minimo; si daranno quindi limonate, aranciate, ecc., frutta, riso, zucchero, burro senza sale.

Se gli edemi sono assai tenaci bisogna finir per dare un poco di albumine.

L'ipertensione esige la limitazione dell'albumina e di tutti gli stimolanti (alcool, caffè, ecc.).

Di fronte all'uremia conclamata non si deve dare nulla; se l'uremia minaccia soltanto, si somministri una dieta ricca di grassi e di idrati di carbonio, povera di albumine.

Nelle nefropatie acute giova questa stessa dieta, pur senza una eccessiva riduzione dell'acqua. Nelle nefrosi croniche il pericolo maggiore è l'edema e quindi la dieta deve essere povera sia di sale che di acqua; invece non c'è bisogno di ridurre troppo le albumine; si darà perciò la carne, sopratutto la bianca che non ha bisogno di essere molto salata. I condimenti, le carni in conserva, insaccate, ecc., saranno abolite. Al posto del sale si useranno surrogati vari; il peso del paziente va controllato a intervalli regolari.

Di fronte al pericolo di una nefrite acuta (scarlattina) si eviterà l'abuso della carne e delle spezie; a nefrite dichiarata la dieta sarà regolata secondo un criterio progressivo; in principio, e per 4-5 giorni, cura della fame e della sete, poi un primo periodo di dieta ricca di grassi e di idrati di carbonio e poverissima di albumina e di sale; in un secondo periodo si cominceranno a concedere alcuni grammi di sale e un po' di carne e infine si passerà alla dieta normale, quando nelle urine non ci sia più nè sangue nè albumina e gli edemi siano del tutto scomparsi.

Nella glomerulonefrite cronica, non si può dare a lungo una dieta povera di sale e di albumina, e quindi ci si può attenere ad una dieta pressochè normale, facendo però uso moderato del sale e delle albumine, evitando le spezie, l'alcool, il caffè; a periodi regolari si controlleranno il peso e la pressione sanguigna.

Nella ipertonia vascolare, cioè in quelle forme di sclerosi renale a sintomatologia prevalentemente vasale, e a cui si associano spesso l'obesità, la gotta, l'alcoolismo, l'arteriosclerosi, ha maggior importanza, nel prescrivere la dieta, la quantità che la qualità dei cibi; l'uso dell'albumina e del sale deve essere tenuto sotto i limiti normali; giova, ogni tanto, un giorno di dieta ristretta, sopratutto dieta idrica. S'intende che il medico modificherà di volta in volta, a seconda delle indicazioni, i suoi dettami dietetici e che terrà debito conto non solo della lesione renale ma anche di tutte le altre concomitanti. V. SERRA.

Gli antisettici urinarî.

E. Jaeggy (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, dic. 1929) osserva che l'antisettico urinario ideale, *la panacea*, non esiste ed è da ritenersi antiscientifico il parlare di un antisettico urinario generico. Molte delle infezioni urinarie non sono che delle metastasi, mentre molte altre sono sostenute da ostacoli meccanici, che devono essere rimossi per portare il malato alla guarigione.

Nel trattamento delle infezioni urinarie, oltre all'eliminazione delle condizioni che le mantengono, si seguiranno i seguenti precetti.

1) Prescrivere, secondo i casi, un regime acidificante (carni, grassi, pesci, formaggi, pane, legumi) od alcalinizzante (latte, patate, cavoli, pomidoro, frutta, acque alcaline). Combattere qualunque infezione che possa sostenere l'infezione urinaria (eresipela, otite, foruncolosi, ecc.).

2) L'urotropina può trovare la sua indicazione nel caso di bacteriuria, nonchè per prevenire le cistiti sia postoperatorie che nei prostatici ritenzionisti. Tener presente che l'urotropina agisce essenzialmente in ambiente acido, quindi acidificare l'urina.

3) Il salolo agisce in ambiente acido come alcalino, quindi può essere utile nei casi di urine alcaline.

4) L'A. usa di preferenza l'acido canforico, che è un buono antisettico ed, al tempo stesso, acidificante; lo si dà in quantità di 4 grammi al giorno, a dosi di mezzo grammo; talora è mal sopportato dagli stomaci delicati; il suo uso non deve essere protratto oltre 15-20 giorni.

5) Il blu di metilene, che viene prescritto così spesso, non conferisce alle urine alcun potere battericida; ha invece effetti calmanti, nelle cistiti specialmente tubercolari, se viene istillato direttamente.

6) Prima di prescrivere degli antisettici

urinari, assicurarsi che non esiste tubercolosi urogenitale.

Fra gli antisettici urinari ad azione locale, l'A. preferisce il nitrato d'argento; utile, quando il malato non prende degli joduri, è l'ossicianuro di mercurio a 1/5000 per lavature della vescica, per queste va bene anche l'acido borico, o la semplice acqua bollita.

Utili le cure idropiniche. *fil.*

La classificazione dei diuretici.

F. Arnaud (*Thérapeutique pharmacologique et matière médicale*, Masson e C. edd., Paris, 1930), classifica i diuretici come segue.

I. *Diuretici misti.*

a) Latte, acqua, bevande fredde, clisteri freddi, siero artificiale, acque minerali diuretiche;

b) Tisane diuretiche;

c) Sciroppo delle cinque radici: sedano, finocchio, prezzemolo (ombrellifere), asparagio, pugnitopo (asparaginee).

II. *Diuretici glomerulari* (tensori o cardiovascolari).

a) Agenti nervo-motori; di ordine psichico, o riflesso periferico;

b) Agenti cardio-vascolari. Digitale, sella convallaria, caffè e caffeina, aglio, cipolla;

c) Teobromina. Agente diuretico specifico, glomerulare ed epiteliale ad un tempo.

III. *Diuretici epiteliali.*

a) Diuretici zuccherini. Lattosio, glucosio, frutta zuccherine;

b) Diuretici salini. Nitrato di potassio e di sodio. Acetato di potassio e di sodio. Urea, nitrato di urea. Cloruri;

c) Diuretici acidi. Acidi minerali, limonata solforica e cloridrica. Acidi vegetali: citrico, acetico, malico (frutta acide);

d) Diuretici stimolanti od alcoolici. Etere, alcool, vini, birra;

e) Diuretici balsamici:

1) Balsamici semplici: essenza di terebentina, bacche di ginepro;

2) Balsamici specifici: copaive, cubebe, sandalo, kawa-kawa, buchu.

fil.

Il formaggio nelle nefriti.

I medici proibiscono spesso il formaggio nelle nefriti, specialmente nell'edema. Ora, Achard (*Oedème brigtique*) osserva che il formaggio di Gruyère (che corrisponde al nostro parmigiano), malgrado il suo gusto salato, contiene poco cloruro di sodio; un buon cucchiaio ben pieno di formaggio grattugiato (14 grammi) non contiene che sette centigrammi di cloruro di sodio. Esso può quindi essere usato senza timore per condire i maccheroni, ed in generale la pasta ed il riso, che risultano tanto disgustosi senza sale. *fil.*

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La vigilanza igienica del latte.

L'importanza del latte quale alimento non ha bisogno di essere dimostrata quando si consideri che nei primi mesi di vita esso può costituire l'unico fattore completo di nutrizione e che, per l'adulto e sopratutto per il malato, rappresenta un alimento fondamentale per la sua ricchezza in principî nutritivi e vitaminici e per la sua facile digeribilità ed assimilabilità. D'altra parte il latte è un alimento estremamente delicato e, se non proviene da animali sani ed in condizioni di vita del tutto normali e non è raccolto e conservato con le necessarie cautele igieniche, non solo perde molte delle sue proprietà nutritive, ma può diventare dannoso.

Inoltre, per gli ambienti in cui si produce e per alcuni dei suoi caratteri organolettici (colore, odore, sapore), che attraggono le mosche, il latte è particolarmente esposto alla contaminazione per parte di germi, i quali vi trovano ottime condizioni di conservazione e spesso vi si moltiplicano rapidamente; ciò dà luogo ad alterazione delle qualità del latte e, quando trattisi di germi patogeni, può farlo diventare veicolo di trasmissione di malattie infettive.

Infine il desiderio di lucro induce i venditori di latte a scremarlo o ad aggiungervi acqua (non sempre potabile) o sostanze estranee, per aumentarne il volume o per mascherarne le possibili alterazioni.

La produzione ed il commercio del latte richiedono perciò una rigorosa vigilanza igienica, la quale è disciplinata da particolari norme dei regolamenti sanitari; di recente, anzi, il Governo nazionale, tutore premuroso della salute della popolazione e specialmente di quella dell'infanzia, ha riunito ed integrato tali norme nel *Regolamento sulla vigilanza igienica del latte destinato al consumo diretto*, approvato con R. decreto 9 maggio 1929 n. 994, il quale, come quello sulla vigilanza igienica delle carni, costituisce un vero e proprio testo unico che, abrogando le precedenti disposizioni in materia, offre agli ufficiali sanitari una guida completa e sicura per la vigilanza igienica dell'importante alimento. Ne illustreremo brevemente le principali disposizioni.

Il titolo I tratta dei *ricoveri degli animali e locali annessi*. Chi vuole aprire una vaccheria per la produzione di latte destinato al consumo diretto deve farne denuncia al Podestà. Questi fa eseguire un'ispezione dall'ufficiale sanitario e dal veterinario comunale, i quali, con separata relazione, debbono riferire sulle condizioni dei locali, degli attrezzi (recipienti, ecc.), del personale e degli animali. Se il resultato delle ispezioni è favorevole viene rilasciata l'autorizzazione all'esercizio. Sono indicati i requisiti cui debbono soddisfare i locali per ampiezza, ventilazione, pavimenti, pareti, man-

giatoie, lettiere, concimaie, ecc. Detti locali devono comprendere: la stalla, un locale per la filtrazione e refrigerazione del latte, uno per il deposito e lavatura dei recipienti, ed altri, distinti dalla vaccheria e forniti di latrina e lavabo, per abitazione del personale di custodia. Tutti i locali devono esser provvisti di abbondante acqua potabile e tenuti sempre puliti.

Il titolo II concerne gli *animali lattiferi*. L'idoneità, per stato di salute e di nutrizione, degli animali da latte deve essere accertata dalla visita del veterinario e risultare da apposito certificato e da un marchio apposto a ciascuna vaccina. Ulteriori visite periodiche controlleranno la persistenza dell'idoneità alla produzione del latte, la conveniente alimentazione dell'animale, e le condizioni igieniche dei locali delle vaccherie. I proprietari o conduttori di queste hanno l'obbligo di denunciare qualunque malattia febbrile del bestiame; spetta al veterinario prendere i relativi provvedimenti nei riguardi degli animali ammalati e dell'uso del latte. Nell'art. 9 sono elencate le malattie che portano al divieto del consumo del latte stesso.

Il titolo III riguarda il *personale addetto agli animali lattiferi, alle vaccherie e alle latterie*. Esso deve subire, con esito favorevole, una *visita da parte dell'ufficiale sanitario* che ne rilascierà apposito certificato. La misura del compenso per tale prestazione è stabilita dall'autorità comunale. Lo stesso personale sarà sottoposto alla vaccinazione antitifica a norma dell'art. 1 del decreto del Capo del Governo 2 decembre 1926. Spetta all'ufficiale sanitario il controllo periodico (senza diritto di compenso dai privati) sullo stato di salute degli addetti alle vaccherie e latterie. Degli accertamenti eseguiti, come di quelli del veterinario, deve esser riferito semestralmente al medico provinciale.

I proprietari e conduttori di vaccherie e latterie sono obbligati a denunciare al Comune qualsiasi caso accertato o sospetto di malattia trasmissibile verificatosi nel personale di dette aziende o nelle rispettive famiglie. I colpiti da malattia infettiva devono essere subito allontanati ed il rimanente personale sottoposto a vigilanza. Saranno pure allontanati coloro che abbiano rapporti con malati di forme morbose trasmissibili. È opportuno ricordare che, per l'art. 129 del Regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, modificato dal decreto ministeriale 15 ottobre 1923, è obbligatoria la denunzia dei casi di tubercolosi nelle latterie e vaccherie.

Il titolo IV si occupa dei *requisiti del latte e della sua mungitura, filtrazione, refrigerazione, raccolta e trasporto*. L'art. 15 definisce come *latte alimentare* « il prodotto ottenuto dalla mungitura regolare, ininterrotta e completa della mammella di animali in buono stato di salute e di nutrizione », per « latte » intendesi il latte di vacca, quello di altri animali deve indicarsi colla denominazione della specie animale da cui proviene. Il latte deve avere un peso specifico fra 1.029 e 1.034 a + 15° C.; grasso non inferiore al 3 %; residuo secco magro non inferiore al 9 %. L'autorità comunale può modificare la percentuale di grasso indicata, quando abbia accertato che nella zona di produzione il latte ne contenga maggior quantità.

L'art. 17 indica le norme di pulizia e d'igiene da seguirsi per la mungitura. Subito dopo munto, il latte deve essere filtrato e refrigerato. Queste operazioni hanno per scopo di allontanare dal latte le impurità più grossolane e di ritardare notevolmente la moltiplicazione dei germi contenuti nel latte munto, impedendone le conseguenti alterazioni e aumentandone la conservabilità, con grande vantaggio igienico ed economico. I resultati saranno tanto migliori quanto più sollecita è l'operazione e quanto più bassa è la temperatura raggiunta. È esente dall'obbligo della refrigerazione solamente il latte che venga consegnato alle Centrali, di cui diremo in seguito, entro due ore dalla mungitura nei mesi da maggio a settembre, ed entro quattro ore nei mesi da ottobre ad aprile.

I recipienti per la mungitura, la raccolta, il trasporto ed il commercio del latte devono essere riconosciuti idonei dall'autorità sanitaria. Quelli per il trasporto (bidoni) saranno metallici, con coperchio fisso, a chiusura ermetica e non suscettibile di manomissione; una targa metallica inamovibile ne indicherà la capacità, la ditta e il luogo di provenienza; il loro trasporto deve farsi con appositi veicoli, protetti dai raggi solari. Speciali norme sono date per la pulizia dei recipienti.

Il titolo V contiene le disposizioni relative alle *latterie*. La loro apertura è autorizzata dal Podestà, previa visita dell'ufficiale sanitario che ne constati le condizioni igieniche in riguardo al pavimento e pareti (impermeabili), alle porte e finestre (protezione delle mosche), al banco di vendita, alla provvista d'acqua di lavaggio, alla cella o armadio frigorifero, ed all'assenza di diretta comunicazione colla latrina.

Riportiamo integralmente, per la sua importanza, l'art. 23 che indica i casi di divieto di vendita del latte.

« È vietato tenere in deposito, vendere o tenere per vendere, somministrare o tenere per somministrare per compenso ai dipendenti:

a) il latte che provenga da animali affetti dalle infermità di cui all'art. 9, o che presenti alterazioni di odore, sapore e colore, o degli altri suoi caratteri generali;

b) il colostro;

c) il latte sudicio;

d) il latte annacquato o comunque sofisticato;

e) il latte cui siano state aggiunte sostanze per facilitarne la conservazione o correggerne i difetti;

f) il latte inacidito o che coaguli spontaneamente con l'ebollizione;

g) il latte che formi un sedimento di elementi patologici (o comunque anormali);

h) il latte, infine, che non presenti tutti i requisiti della genuinità e della integrità.

In tutti questi casi o quando, comunque, non corrisponda alle condizioni stabilite dal presente regolamento, il latte deve essere sottoposto a sequestro per i conseguenti provvedimenti dell'autorità sanitaria ».

I recipienti per la vendita al banco, da approvarsi dall'autorità sanitaria, devono esser muniti di rubinetto, restando vietato l'attingimento o la mescita del latte dalla bocca del recipiente. La distribuzione a domicilio è permessa esclusivamente con bottiglie di vetro incolore, a fondo piatto, senza spalle, di facile pulizia e sterilizzazione, e chiuse con sistema riconosciuto idoneo dall'autorità sanitaria.

Il titolo VI disciplina le *Centrali del latte*, dando facoltà ai Comuni (isolati o in consorzio) di istituire stabilimenti per la raccolta del latte destinato al consumo locale, allo scopo di sottoporlo ai controlli necessari, nonchè alla pastorizzazione o ad altro trattamento riconosciuto idoneo ad assicurarne la genuinità e la salubrità. I progetti delle Centrali del latte sono approvati dal Prefetto sentito il Consiglio provinciale di sanità. Le Centrali possono essere affidate anche ad Enti o privati, restando sempre al Comune l'obbligo del controllo sul latte e della vigilanza igienica sullo stabilimento. Al loro personale si applicano le norme indicate per quello delle vaccherie e latterie.

Dove esiste la Centrale è vietata la vendita di altro latte, eccettuato di quello da consumare crudo, di cui diremo in seguito. Quando il latte fornito dalla Centrale risulti insufficiente, è consentita la importazione nel Comune di latte pastorizzato o trattato in altri stabilimenti riconosciuti adatti; esso sarà controllato e distribuito dalla Centrale. Speciali norme relative ai recipienti disciplinano la distribuzione del latte dalle Centrali.

Le Centrali del latte, secondo lo spirito del regolamento, non devono essere solo stabilimenti destinati ad elaborare e distribuire il latte, ma veri e propri organi di controllo del latte che ad esse affluisce, aventi anche il compito di scoprire e correggere le eventuali deficienze dei centri di produzione.

Un'altra importante innovazione è la regolamentazione del *latte da potersi consumare crudo* oggetto del titolo VII. Essa corrisponde ad un bisogno reclamato sopratutto per l'alimentazione infantile, nei casi in cui speciali regimi dietetici-curativi richiedano l'uso di questo alimento, il quale perciò deve essere tutelato dalle più rigorose cautele igieniche.

Per produrre e mettere in commercio latte da potersi consumare crudo, occorre l'autorizzazione del Podestà, che la concede previo assentimento del Prefetto. Questo tipo di latte deve: esser prodotto da animali saggiati colla tubercolina, visitati almeno ogni due mesi e sottoposti nuovamente alla detta prova ogni sei mesi; provenire da stalle nelle quali il personale sia pure controllato ogni due mesi con visita dell'ufficiale sanitario; essere, appena munto, filtrato e refrigerato almeno fino a + 5° C. e imbottigliato; non subire altri trattamenti. Speciali cautele sono richieste anche per le vaccherie, che devono ospitare esclusivamente animali idonei alla produzione del latte da consumarsi crudo, e per il trasporto delle bottiglie (carri refrigeranti).

Il titolo VIII considera il *latte di capra, di asina, di pecora, il latte reintegrato e scremato, e le preparazioni lattee speciali.* La tenuta di capre per la produzione di latte destinato al consumo diretto è subordinata ad autorizzazione del Podestà.

Il latte di capra, oltre ad essere genuino, deve avere peso specifico fra 1.033 e 1.039 a + 15° C. e grasso non inferiore al 3.25 %, per il grasso è ammessa, in date zone di produzione, la fissazione di una percentuale maggiore per parte dell'autorità comunale. I ricoveri delle capre lattifere devono esser situati fuori dell'abitato e consentire facile pulizia e disinfezione. Per gli animali, i locali ed il personale, sono stabilite norme di vigilanza analoghe a quelle relative alla produzione del latte di vacca. I Comuni hanno facoltà di disciplinare la produzione ed il commercio del latte di asina e di pecora.

Il latte reintegrato deve contenere almeno il 3 % di grasso ed essere venduto in appositi locali aventi i requisiti richiesti per le latterie e portanti la scritta: « latte reintegrato ». Il latte scremato si può vendere negli spacci di commestibili riconosciuti idonei e portanti la scritta: « latte scremato », ma non nelle latterie. La stessa scritta devono portare i recipienti. Occorre l'autorizzazione comunale per produrre e mettere in commercio crema, panna montata e analoghi, youghurt, gioddu, kéfir e analoghi, latte in polvere o in blocchi, latte condensato, conserve, latte umanizzato, maternizzato e analoghi.

In tutti i locali di produzione e commercio del latte deve organizzarsi la lotta contro le mosche a sensi della legge 29 marzo 1928, n. 858.

Le disposizioni generali stabiliscono il termine di applicazione delle varie parti del regolamento.

L'aumento continuo del consumo del latte e le non lievi deficienze igieniche lamentate nella sua produzione e commercio, avevano ormai resa necessaria una più severa disciplina, che garantisse la genuinità e la salubrità di un

prodotto di così alta importanza alimentare; il regolamento del 1929, giustamente rigoroso nelle sue disposizioni e, per alcune di esse, veramente innovatore, corrisponde a questa necessità. È noto che la produzione ed il commercio del latte nel Regno, solo in alcuni centri si fanno con metodi e criteri moderni ed igienicamente soddisfacienti; altrove vigono ancora sistemi e tradizioni antiquate, che non sarà agevole modificare o sopprimere. Non è quindi di poca importanza l'opera che, in questo campo, possono e devono svolgere gli ufficiali sanitari, alla cui competenza tecnica è affidato il compito di coadiuvare l'autorità comunale nell'applicazione del regolamento testè illustrato.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Quesiti dermatologici. — All'abb. n. 3561:

La *neve carbonica* si ottiene facendo uscire l'anidride carbonica dalle così dette *bombole* o cilindri di ferro in cui (per uso di certe industrie) è conservata a forte pressione, e raccogliendola, sotto forma di neve, in appositi stampi configurati a seconda della lesione che si vuol curare. I piccoli blocchi di « neve » così ottenuti si applicano quindi sui focolai morbosi.

Con questo mezzo si ottengono buoni risultati in alcune dermatosi a tipo neoformativo (angiomi, cheloidi, epiteliomi) ed anche, pare, nel lupus eritematoso. Cfr. GARZELLA in *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1920, pag. 545.

L'*etilato sodico* in soluzione è stato proposto come rimedio locale contro il condiloma acuminato, ma generalmente è poco usato.

V. MONTESANO.

VARIA.

Negli ospedali di Parigi.

Il « Journal des Praticiens » del 5 aprile 1930 riferisce che la sig.na Odette Pannettier ha fatto il giro dei servizi ospedalieri di Parigi ed ora va pubblicando, sul periodico « Candide », quanto ella ha visto. Ha denunziato alcuni abusi ed alcune amenità.

Eccone un'esemplificazione.

In un magnifico Reparto di chirurgia il primario aveva acquistato, con denaro proprio, degli apparecchi di radiografia, allo scopo di permettere l'esame dei poveri, senza che questi dovessero corrispondere le tariffe previste dall'Assistenza pubblica.

Se non che, l'Assistenza pubblica ha fatto opposizione: il principio d'uguaglianza esige che i malati di quel servizio paghino come gli altri. Il primario ha protestato; ma l'Amministrazione ha fatto rispondere che, qualora egli avesse insistito nel suo divisamento, si sarebbe provveduto a tagliare la corrente elettrica dagli apparecchi.

Il « Journal des Praticiens » così commenta: « Voi credevate che l'Assistenza pubblica fosse istituita per i malati? Che spirito ritardatario è il vostro! L'Assistenza pubblica è, anzitutto, destinata a nutrire i propri funzionari. E i malati debbono stimarsi già troppo onorati se, mediante le diarie d'ospedalizzazione che essi pagano, contribuiscono a mantenerla ».

Ma aggiunge che era tempo di compiere un'inchiesta.

A. P.

Fragilità di giudizi.

I giornali riferiscono che due medici francesi hanno voluto fare una curiosa esperienza. Hanno cercato in quale misura, in linea generale, i risultati dei concorsi e degli esami subiscano la influenza delle disposizioni personali degli esaminatori. I candidati bocciati gettano quasi sempre su gli esaminatori la responsabilità dell'insuccesso. Nella maggior parte dei casi questa è temerità; ma parecchie volte vi è un fondo di verità in quelle constatazioni amare e demoralizzanti. L'inchiesta medica, di cui parliamo, ne ha dato le prove.

I due sperimentatori hanno circondato le loro prove di tutte le garanzie possibili, cominciando dal rivolgersi ad esaminatori di provata capacità. Quindi sono stati dati in esame i risultati di un concorso. Dopo che la Commissione esaminatrice ebbe dato il suo verdetto, stabilendo la graduatoria dei concorrenti, lo stesso materiale di esame fu sottoposto al giudizio di una seconda Commissione egualmente seria e ben quotata. E si ebbe la sorpresa di vedere sconvolta nel modo più impressionante la graduatoria già stabilita dalla prima Commissione.

Quello che risulta chiaro ed interresante, è che nei giudizii sui concorsi ha una grandissima influenza il fattore delle disposizioni personali degli esaminatori. Ciò che è ben fatto o è bello, oppure non è abbastanza ben fatto e abbastanza bello, secondo l'opinione di uno, può facilmente capovolgersi del tutto, secondo l'opinione di un altro. Ai quali signori tuttavia non si può muovere accusa di mancata imparzialità, perchè essi agirono nella più perfetta buona fede. Vestito da giudice o da concorrente l'uomo conserva le sue deficienze. Esiste forse un criterio assoluto di verità e di bellezza? E allora bisogna contentarsi che nel giudizio regni, almeno, la buona fede.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

V. RONCHETTI. *Due tumori addominali di difficile diagnosi.* — Stab. Stucchi-Ceretti, Milano, 1929

G. ROASENDA. *L'esame funzionale della corda del timpano mediante lo stimolo elettrico a livello della colonna cervicale.* — Torino, 1929.

N. FEDERICI. *La infezione puerperale guardata con sincerità.* — Tip. Zerboni, Milano, 1929.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per le casse mutue malattie dei Sindacati dell'industria.

Il Presidente della Confederazione dei Sindacati Fascisti dell'Industria ha diramato a tutte le Unioni Provinciali dipendenti la seguente circolare circa la costituzione delle Casse mutue malattie:

« In riferimento alle precedenti circolari, vi confermiamo il proposito di questa Confederazione di addivenire al più presto possibile alla costituzione delle Casse mutue malattie, siano esse aziendali o provinciali. Richiamiamo, quindi, la vostra attenzione e particolare attività su questa forma assicurativa che per i fini della conservazione e della potenzialità della forza del lavoro assurge alla massima importanza. A tale proposito e per facilitare il compito di codesto ufficio ed ottenere per quanto possibile uniformità di criterio e nella costituzione e nel funzionamento delle casse, siamo venuti nella determinazione di compilare uno schema di statuto-tipo.

Intanto, perchè possa procedersi alla costituzione delle casse su dati di fatti certi e rilevati dalle particolari condizioni ed esigenze locali, crediamo necessario che codesto ufficio — previo accertamento del numero degli operai appartenenti alle diverse categorie, del numero di essi per ogni azienda, delle sedi delle aziende o del gruppo di esse per ogni comune, della media dei salari corrisposti agli operai di ciascuna categoria e di tutti gli altri dati indispensabili alla creazione e al funzionamento di una cassa mutua — predisponga fin da adesso quali mutue debbano essere aziendali (semplici o plurime a numero degli iscritti, ma anche in vista dei frequenti avvicendamenti della mano d'opera) e quali debbano essere provinciali. Crediamo opportuno fin d'ora farvi presente che alla costituzione della mutua aziendale dovrà addivenirsi solo quando il numero degli inscritti sia almeno di duecento. Invitiamo poi nuovamente a trasmettere a questa Confederazione l'elenco delle mutue malattie esistenti in codesta provincia, indicando i loro caratteri — se paritetiche o no — la misura del contributo e sistema — se fisso o a percentuale — la misura della prestazione, il numero degli inscritti e l'attuale consistenza patrimoniale.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARGENTA (*Ferrara*). *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; proroga a tutto 10 mag.

BORGOSATOLLO. — (*Brescia*). — Scad. 31 mag.; L. 11.000 e c. v.; per Montironi.

CALTAGIRONE DI SICILIA (*Catania*). — A tutto 15 giu.; 1ª condotta. (V. N. 17).

CASTIGLIONE DI SICILIA (*Catania*). — Scad. 15 giugno; 1° reparto; L. 8.000 per 500 pov.; addizionale L. 3; quattro quinquenni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CHIOGGIA. *Congregaz. di Carità.* — Primario medico dell'Osp. civile; a tutto 17 maggio.

COMENO (*Gorizia*). — A tutto 30 giu., con S. Daniele del Carso. (V. N. 17).

FERRARA (*Comune*). — Scad. 15 mag.; tre condotte; L. 9.000 e 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 e 3500 assegno complement., L. 2500 cavallo od autoveicolo; età lim. 35 a.; tassa L. 50; riconoscim. serv. anter.

GROPPELLO CAIROLI (*Pavia*). — Scad. 30 giu.; L. 14.000 aumentabili e c.-v.

GUARDIA LOMBARDI (*Avellino*). — Scad. 30 mag.; L. 6484 e 5 quadrienni dec., età lim. 40 a.

ISERNIA. — Due condotte, per Longano e S. Agapito; scad. 15 ag.

MASSA MARITTIMA (*Grosseto*). — Scad. 20 mag.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec.; tassa L. 50; per Monterotondo.

PADOVA. *Comune.* — Per titoli; due posti di med. chir. condotto. Stipendio annuo lordo iniziale L. 8000 elevabile a L. 12.000. Indennità servizio attivo L. 1200 e caro viveri. Indennità per mezzi trasporto fino a L. 3000. A titolo rimborso spese ambulatorio L. 1100. Scadenza per presentazione domande 31 maggio. Chiedere bando di concorso al Municipio di Padova.

PALAZZAGO (*Bergamo*). — Condotta medica. Stipendio L. 8000. Indennità trasporto L. 1000; Ufficiale Sanitario L. 562; L. 2 per ogni povero e L. 5 per ogni semi-povero. Scadenza 31 maggio.

PIOMBINO (*Livorno*). *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo primario dell'Ospedale Vitt. Em. III. Scadenza 20 maggio. (V. N. 17).

PRAGELATO (*Torino*). — Scad. 10 lug.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san.; L. 500 trasp.; L. 500 indennità alloggio.

ROMA. *Istituto Centrale di Statistica.* — Concorso fra laureati in medicina e in scienze naturali e tre posti di vice-segretario; v. « Gazz. Uff. », N. 73 del 27 marzo. Scad. ore 18 del 9 mag.

SILIQUA (*Cagliari*). — Scad. 10 mag.; L. 8500 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1000 uff. san., 1 c.-v.; età lim. 45 a.

TERMOLI (*Campobasso*). — Scad. 10 mag.; lire 5200 (cinquemiladuecento) e 3 quinquenni dec.; per trasp. L. 1800; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

VENEZIA (*Comune*). — Assistente del Laboratorio micrografico; coadiutore e assistente del Labor. Chimico. Scad. 16 luglio. Rivolgersi alla Segreteria generale (Ufficio personale).

VESTIGNE (*Aosta*). — Scad. 13 giugno; L. 8.000 oltre L. 500 uff. san. e L. 500 trasp.

BORSE DI STUDIO.

Lega Italiana per la lotta contro il cancro.

È aperto un concorso per esame e per titoli tra medici laureati da non oltre cinque anni per il conseguimento di una borsa di studio di L. italiane 10.000 (Lit. diecimila) per recarsi in una o più sedi, scelte e designate dalla Lega, a trascorrervi un periodo di tempo di almeno sei mesi, allo scopo di perfezionarsi negli studi di istologia patologica, con particolare riguardo alla diagnosi dei tumori e alle applicazioni pratiche relative (biopsie).

Il concorso si chiuderà il 31 maggio alle ore 18 e per quel giorno i concorrenti dovranno aver fatto pervenire la loro regolare domanda con i relativi documenti ed il loro indirizzo esatto alla Segreteria della Sede Centrale della Lega: Roma (33), piazza Cavour - Casa del Mutilato. Chiedere ivi il programma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Lenormant, aggregato alla Facoltà medica di Parigi, è nominato, a partire dal 1° marzo, professore di patologia chirurgica nella detta Facoltà, quale successore di Lecène.

La Facoltà medica dell'Università imperiale di Tokio (Giappone) ha conferito il titolo di professore al dott. Hermann Gravert, di nazionalità tedesca.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

Conferenza del Prof. Lasio su la radiografia delle vie urinarie coll'uroselectan.

La sera del 28 marzo il prof. G. B. Lasio tenne alla « Società di Scienze mediche e biologiche » una conferenza su « La radiografia urologica mediante iniezioni endovenose di uroselectan ».

Data l'attualità dell'argomento era presente tutta una folla di studiosi, medici, signore, ecc. L'oratore cominciò col fare la storia della scoperta dell'uroselectan (iodo-piridon-acetato di sodio) sostanza scoperta da Swick e Lichtenberg che, introdotta nelle vene, viene quindi concentrata ed eliminata dai reni in modo da rendere questi e tutte le vie urinarie opachi ai raggi X. Di tale scoperta recentissima venne data per la prima volta notizia in Italia al Congresso della Società di Urologia dello scorso ottobre. Il prof. Lasio ha comunicato di avere studiato radiologicamente con l'uroselectan circa 40 casi di molti dei quali ha riprodotto le pielografie. I casi studiati riguardano le più diverse forme di affezioni urologiche. Le conclusioni alle quali il prof. Lasio — coadiuvato dall'assistente radiologo dott. Wiget — è giunto, sono le seguenti: L'iniezione endovenosa di uroselectan non produce alcun disturbo nè danno all'ammalato. Nella gran maggioranza dei casi si raggiunge la visibilità sulle lastre di tutte le vie urinarie, compreso spesso il parenchima renale. I visceri sono tanto più visibili quanto peggiore è il loro funzionamento. Tale visibilità non è però mai così nitida ed evidente quanto quella raggiunta mediante pielografie eseguite coll'antico sistema. Ad ogni modo il metodo è di utilità incalcolabile tutte le volte in cui per presenza di calcoli ureterali od altro non è possibile far pervenire una sonda nel bacinetto. Dalle ricerche dell'assistente dott. Ascoli è risultato: che nell'individuo normale l'eliminazione dura in media 3 ore. Che l'eliminazione è tanto più prolungata quanto peggiore è la funzionalità renale. Che il peso specifico dell'urina — che nel normale aumenta fino a valori di 1040-1050 e più aumenta tanto meno quanto peggiore è la funzionalità renale. Che — contrariamente alle asserzioni di Swick e Lichtenberg — è possibile dimostrare la presenza dell'uroselectan nel sangue anche 2 e più ore dopo l'iniezione.

La dissertazione del prof. Lasio — accompagnata da numerose proiezioni — ha riscosso vivissimi applausi.

R. A.

NOTIZIE DIVERSE.

26° Congresso della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

Con l'intervento dell'on. prof. Ermanno Fioretti, segretario del Sindacato medico nazionale fascista, il 24 aprile venne inaugurato, come ne avevamo dato l'annunzio, il XXVI Congresso della Società italiana di dermatologia e sifilografia, nella R. Clinica dermosifilopatica al Policlinico Umberto I, diretta dal prof. Bosellini.

Alla presenza di molti clinici delle varie Università italiane e di numerosissimi soci, il presidente prof. M. Truffi ha letto il discorso inaugurale illustrando l'opera svolta dalla Società, rivolgendo, fra le acclamazioni dell'assemblea, un devoto saluto al Capo del Governo.

Ha risposto l'on. Fioretti con ispirate parole salutate dagli applausi di tutti i presenti, mettendo in evidenza il compito scientifico e sociale dei dermosifilopatici inquadrati nelle file dei Sindacati fascisti, ed ha illustrato le recenti disposizioni sulla concessione del titolo di specialista, le quali devono essere rigorosamente applicate sopratutto in questo campo, nel quale si vedono tanto facilmente sorgere gli specialisti improvvisati.

Dopo la relazione sul premio De Amicis, letta dal segretario prof. V. Montesano, si sono iniziati i lavori, che si sono svolti attivi per tre giorni: ne daremo un breve resoconto prossimamente.

2° Congresso Nazionale di Nipiologia.

Si terrà a Bolzano nei giorni 29-31 maggio assieme alla Mostra del lattante, sotto l'alto patronato di S.A.R. la Duchesa d'Aosta.

La Conferenza inaugurale del Congreso sarà tenuta dal prof. Francesco Valagussa, sub-commissario dell'O.N.M.I, sul tema: « L'azione dell'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia nell'assistenza del lattante dal Congresso di Nipiologia di Ancona a quello di Bolzano ».

Saranno svolte nel Congresso le seguenti Relazioni: Prof. G. Battista Allaria: « La protezione del lattante nelle fabbriche »; on. prof. Nicolò Castellino: « Influenza del lavoro a domicilio della madre sullo sviluppo del lattante »; Professore Cesare Cattaneo: « Cure marine, termali e climatiche nell'età del lattante »; Prof. Cesare Colucci: « L'igiene mentale del lattante »; Professore Guido D'Ormea: « L'importanza demografica della cattedra ambulante di puericultura in rapporto al lattante »; Prof. Gennaro Fiore: « Il problema dell'allattamento »; Prof. Alfredo Gismondi: « L'importanza delle malattie respiratorie come causa di mortalità del lattante ed i mezzi per prevenirle; Dott. Attilio Lo Monaco-Aprile: « L'assicurazione di maternità in rapporto all'allattamento »; Dott. Eugenio Matteucci: « Le conoscenze attuali della psicologia del lattante »; Dott. Giuseppe Mazzini: « Il lattante nell'arte in rapporto alla biologia »; Prof. Ivo Nasso: « L'immunità del neonato e del lattante »; Prof. Dante Pacchioni: « I vomiti del lattante »; Prof. Riccardo Simonini: « La biologia del lattante negli scrittori del Basso Medio Evo ».

Al Congresso sarà unita una Mostra.

Per tutte le notizie riguardanti il Congresso e la Mostra, gli alloggi ecc., bisogna rivolgersi al dott. Renzo Camelli, viale Carducci n. 2, Bolzano. Gli aderenti al Congresso sono pregati di rendere noti, non più tardi del 15 maggio c. a., al dottor Renzo Camelli i loro desideri relativi agli alloggi indicando la categoria dell'albergo (lusso, 1ª, 2ª e 3ª) ed il numero delle stanze o letti. Le assegnazioni saranno fatte secondo l'ordine delle iscrizioni.

I membri del Congresso fruiranno delle riduzioni ferroviarie (50 %) concesse per la Mostra Nazionale Dopolavoristica in Bolzano.

1° Congresso internazionale di biologia.

E' indetto a Montevideo dall'8 al 12 ottobre, in occasione del centenario dell'indipendenza della Repubblica dell'Uruguay. I lavori verranno ripartiti in 5 Sezioni. Il Comitato è presieduto dal prof. Clemente Estable; segretario generale ne è il dott. Benigno Varela Fuentes; tesoriere il dott. Julio E. Moreau.

Le adesioni sono da inviare allo: Instituto de Fisiologia de la Faculdad de Ciencias Médicas de Buenos Aires; il testo delle comunicazioni alla segreteria, casilla del Correo 567, Montevideo, non oltre il 20 settembre; la quota d'iscrizione importa 5 pesos oro uruguayani, ossia circa 95 lire italiane.

Al Consiglio Nazionale delle ricerche.

Il Direttorio del Consiglio Nazionale delle ricerche ha tenuto la sua riunione periodica. E' stato deciso che ogni Comitato nazionale scelga una delle più importanti riviste della rispettiva disciplina come organo ufficiale per le proprie comunicazioni. Il Direttorio ha preso varie altre interessanti deliberazioni.

Per la protezione igienica dei lavoratori nelle fabbriche.

L'« Agenzia di Roma » informa che il Ministro delle Corporazioni ha comunicato alla Confederazione generale dell'Industria che i medici di fabbrica hanno segnalato agli ispettori corporativi casi di intossicazione di operai occupati nelle aziende soggette a visite mediche e casi di deficienze organiche in relazione al genere di lavoro compiuto dagli operai. La Confederazione Generale dell'Industria, per mezzo delle dipendenti federazioni, ha richiamato l'attenzione dei datori di lavoro sul problema della protezione igienica degli operai nelle fabbriche esortandoli a provvedere alle organizzazioni che siano le più adatte e ad accogliere in proposito anche i suggerimenti dati dai medici di fabbrica e dagli ispettori corporativi, così da assicurare nel miglior modo possibile la salute degli operai senza pregiudizio del regolare andamento dell'azienda.

L'Istituto per i grandi invalidi del lavoro.

Sotto la presidenza dell'ing. gr. uff. conte Luigi Sagramoso ha avuto luogo, presso il Ministero delle Corporazioni, una seduta del Consiglio di amministrazione dell'Istituto nazionale per l'assistenza dei grandi invalidi del lavoro, che ha sede a Milano, creato con legge 19 luglio 1929, n. 1416.

In tale seduta venne approvato lo Statuto che dovrà reggere l'Istituto e disciplinare, in armo-

nia con la legge, l'ordinamento ed il funzionamento di così importante istituzione assistenziale e sociale. E' stato poi ampiamente esaminato il programma d'azione che l'Istituto si propone di svolgere nel corrente anno coi mezzi finanziari che gli saranno accordati. Al riguardo il Consiglio è stato unanime nel riconoscere la necessità che siano intensificati tutti i servizi assistenziali a favore dei grandi invalidi del lavoro, con particolare riguardo alla rieducazione dei ciechi, alla fornitura di apparecchi ortopedici ed al ricovero ospiziale ed ospitaliero promovendo alcune opportune iniziative atte ad assicurare il più efficace, se pur graduale, raggiungimento delle finalità dell'Ente. E' stato infine provveduto a dare all'Istituto stesso una organica sistemazione dei suoi servizi centrali e periferici.

Così, a breve distanza dalla sua trasformazione, l'Istituto va sempre più avviando la sua opera nel campo completo delle realizzazioni, ispirandosi ai precetti della Carta del Lavoro ed alle direttive del Regime che rivolge la più vigile cura alle sorti dei lavoratori.

Per le esperienze sugli animali.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Capo del Governo, Ministro dell'Interno, ha approvato un disegno di legge recante modifiche alle vigenti disposizioni sulla vivisezione.

Il provvedimento, di concerto col Ministro Guardasigilli, è diretto a disciplinare, con norme più rigorose, la pratica della vivisezione, in modo da conciliare equamente le esigenze di carattere scientifico con il rispetto ai sentimenti zoofili, propri di un popolo di antica ed alta civiltà.

In particolare, con detto provvedimento si limitano gli esperimenti di vivisezione ai casi strettamente indispensabili; si stabiliscono le precauzioni necessarie per sopprimere la sofferenza negli animali, rendendo, in ogni caso, obbligatoria l'anestesia, generale o locale, dell'animale soggetto all'operazione; si sottopone l'esecuzione degli esperimenti di vivisezione al controllo dei competenti organi dello Stato; si comminano, infine, forti penalità a carico dei trasgressori delle nuove norme.

Per i corsi complementari d'igiene.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di Regio Decreto, col quale, in relazione all'aumentato costo del materiale scientifico, viene consentito agli Istituti Universitari di elevare congruamente il contributo a carico degli iscritti ai corsi complementari di igiene pratica.

Corso complementare di igiene.

Presso la R. Università di Padova, a partire dal 15 maggio si terrà un corso bimestrale per aspiranti ufficiali sanitari. Modalità consuete. Tassa L. 300,50.

Conferenze.

Ha avuto luogo in Roma, presso l'Ospedale della Consolazione, una conferenza del prof. Hugh H. Young, direttore della Clinica Urologica John's Hopkins di Baltimora, sul tema: « Vantaggi del metodo perineale nelle diverse malattie della prostata ».

Erano presenti all'assemblea le più alte personalità scientifiche della Capitale. Notati il presidente degli Ospedali Riuniti di Roma gr. uff. Adolfo Cotta, il tenente generale Saccone, capo della Sanità marittima, il segretario generale degli Ospedali gr. uff. Corelli, tutti i membri del Direttorio dell'Accademia, prof. Busi presidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia, sen. Pestalozza, prof. Lugli, prof. Panegrossi, prof. Zannelli, prof. D'Avak, moltissimi primari d'Ospedale, molti professori universitari, un largo stuolo di soci, di medici, e chirurgi della capitale e di studenti.

Il presidente dell'Accademia Lancisiana, on. prof. Ermanno Fioretti, presentò l'oratore alla numerosa assemblea che in religioso silenzio ha ascoltato la conferenza detta in italiano. L'illustre urologo degli Stati Uniti d'America ha illustrato con numerose proiezioni i diversi metodi da lui usati, ed è stato in fine acclamato dall'uditorio che gli ha tributato una sincera ovazione.

* * *

Dinanzi ad un folto pubblico composto di medici, specialmente ospitalieri della città, di professori universitari, di liberi esercenti, il prof. Riccardo Dalla Vedova, ordinario di Ortopedia e Traumatologia alla R. Università di Roma, tenne all'Accademia Lancisiana, presentato dal presidente on. E. Fioretti, una conferenza sullo stato attuale della Terapia della tubercolosi articolare.

I convenuti hanno seguito l'O. con vivissima attenzione e gli hanno poi tributato un fervido applauso.

Prolusione.

Il prof. Pietro Castellino ha inaugurato a Napoli, con una magnifica prolusione, il corso di medicina sportiva che, seguendo le direttive dell'on. Turati, è stato organizzato a Napoli presso l'Istituto di Medicina del Lavoro. Nel foltissimo uditorio figuravano, oltre i 260 medici iscritti al corso, le maggiori autorità cittadine.

Opere assistenziali in provincia di Ravenna.

Il 21 corr. le autorità di Ravenna, con a capo S. E. il Prefetto comm. Del Vecchio, S. E. Giuseppe Frignani e il segretario federale, cav. Renzo Morigi, si recarono a Russi, dove venivano inaugurati i nuovi locali dell'ospedale e del ricovero, nonchè il nuovo gabinetto radiodiagnostico. Parlarono brevemente S. E. Frignani e il presidente della Congregazione di Carità, rag. Enzo Babini.

Le stesse autorità si recarono poscia a Conselice, dove vennero aperti per la prima volta due magnifici locali, adibiti uno ad ospedale e l'altro a giardino d'infanzia. Infine passavano a Cotignola, dove presenziavano all'inaugurazione del monumento ai Caduti e dell'imponente edificio delle scuole comunali e del nuovo asilo infantile. Parlarono applauditissimi S. E. Frignani e il cav. Morigi.

Dispensario medico della stampa a Madrid.

Il 27 marzo l'Associazione della stampa spagnola ha inaugurato, nel suo palazzo, un dispensario destinato a prestare assistenza medica gratuita agli impiegati, operai e giornalai addetti alla stampa.

Presenziarono all'inaugurazione il ministro dell'interno, l'ispettore generale di sanità, il corpo medico coll'Associazione della stampa ecc.

Ambulatorio "Mussolini" a Parigi.

Funziona già da un anno e con grande fortuna a Parigi un ambulatorio medico fondato dai Fasci locali ed intitolato a Benito Mussolini.
Occupa quattro sale e vi prestano con grande passione e perizia l'opera loro gratuita cinque medici.

Corso di gastroenterologia a Buenos Aires.

Durante il corrente anno, presso l'Istituto di gastroenterologia di Buenos Aires, diretto dai professori C. Bonorino Udaondo e D. Del Valle jun. (nell'Ospedale Ramos Mejía) si terrà un ciclo di conferenze, cui prenderanno parte 16 clinici e studiosi.

Onoranze al prof. Pellizzari.

Nella ricorrenza del XXV anniversario dell'Istituto Fotoradioterapico della R. Università di Firenze, è stato inaugurato un Medaglione alla memoria del Fondatore, prof. Celso Pellizzari, già professore di Clinica Dermatologica in quella Università.
Intervennero alla cerimonia S. E. l'on. Morelli, Sottosegretario di Stato alla Giustizia, le autorità cittadine, i professori dell'Università, numerosi medici, studenti, parenti, amici, estimatori. Parlarono il Rettore prof. Burci e l'attuale direttore prof. Cappelli, i quali esaltarono l'opera del Pellizzari e misero in valore l'attività svolta dall'Istituto nel campo della Foto-Radioterapia, specialmente nella lotta contro la tubercolosi ed i tumori maligni. Il medaglione in bronzo è opera dell'insigne artista prof. Dante Sodini.

Per un eroe del dovere.

Al dott. Robert Chaperon, radiologo agli ospedali di Parigi, attualmente in gravi condizioni per effetto della sua attività professionale, è stata assegnata la medaglia d'oro dell'assistenza pubblica. La consegna gli è stata fatta al capezzale, dal ministro dell'igiene pubblica on. Desiré Ferry, accompagnato dal direttore generale dell'assistenza e dell'igiene, consigliere di Stato Gal, dal direttore dell'assistenza pubblica di Parigi Mourier e da un gruppo di medici.

Incerti professionali.

Contro il dott. Giovanni Gibelli, medico nell'Ospedale del Principato di Monaco, una certa signora Galloni ha esploso cinque colpi di rivoltella, di cui tre lo hanno raggiunto. La Galloni lo reputa responsabile della morte del figlio, ventitreenne, avvenuta nel 1927, in seguito a che si era svolto un processo.

Un medico dà il suo sangue per il figlio.

Il dott. Ercole Zangrilli di Genzano ha fatto trasfondere il suo sangue al figlio Walter, che in seguito ad un infortunio tramviario era rimasto quasi dissanguato e che dovette essere amputato di un arto inferiore.
L'operazione è stata compiuta al Policlinico di Roma.

Ai medici laureati nel 1885 a Bologna.

Allo scopo di festeggiare il 45° della laurea, detti colleghi sono pregati di mandare con sollecitudine il loro preciso indirizzo al dott. Antonio Dal Proto, Faenza.
Anche i colleghi che parteciparono al 40° sono pregati a confermare il loro indirizzo attuale. Il convegno si terrà nel maggio a Bologna.

Il mago di Gallspach.

Abbiamo già dato notizia (p. 426) delle cure miracolistiche operate da un certo Zeileis, a Gallspach (Alta Austria). Il prof. Lazarus di Berlino ha condotto al riguardo un'inchiesta edificante, sottoponendosi alle cure in qualità di paziente. La Società Medica di Vienna ha denunziato l'esercizio abusivo dello Zeileis, ma il ministro competente ha dichiarato che l'azione repressiva dipende dal prefetto-luogotenente, il quale, per la costituzione federativa dell'Austria, gode di un'alta autonomia. Il prefetto Schlegel è stato molto lento ad agire, onde non pregiudicare la prosperità della regione, aumentata rapidamente dopo l'installazione della clinica Zeileis nel castello di Gallspach.
Intanto lo Zeileis ha preso le sue misure, circondandosi di tre medici prestanomi; ma uno di questi ha potuto essere arrestato, trattandosi di un falso medico, già ricercato dalla polizia. Due succursali della clinica sono ora sorte a Berlino ed a Monaco.

Viaggio medico a Parigi.

In seguito ad invito cordiale rivolto dall'« Association pour le développement des Rélations Médicales entre la France et les Pays Amis », unitamente all'« Association Générale des Médecins de France » a visitare gli istituti ospitalieri e i laboratori medico-scientifici della grande capitale francese, l'Ufficio turistico italiano — sede di Firenze — ha organizzato un viaggio medico collettivo a Parigi.
Un viaggio del genere venne già compiuto lo scorso anno. Esso ebbe una felice riuscita.
Del Comitato promotore fanno parte il professore Gino Gelli e i dottori Aurelio Dami e A. G. Chiari.
La gita (Modane-Parigi e ritorno) durerà dieci giorni (26 maggio-4 giugno) e importerà la spesa di L. 1200, compreso viaggio in 1ª classe, vitto e alloggio nei migliori alberghi, regalie, ecc. (Per recarsi a Modane e tornare si può usufruire della riduzione del 30% in occasione della fiera di Parigi.
Per informazioni rivolgersi all'« Ufficio Turistico Italiano », via Borgo de' Greci, 8, Firenze.

Si è spento all'improvviso il prof. DOMENICO LO MONACO, direttore dell'Istituto di chimica fisiologica della R. Università di Roma. Ne daremo più ampie notizie in un prossimo numero.

E' morto a Berlino il prof. KONRAD BIESALSKI, reputato ortopedico, fondatore e direttore dell'Ospedale « Oskar-Helene-Heim » per bambini deformi, a Berlino-Dahlem.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Mediz. Klinik, 10 gen. — P. STENGER. Errori diagnostici ed errori terapeutici nelle malattie delle vie aeree sup. e dell'orecchio. — R. SCHMIDT. Diagnosi precoce e differenziale dei tumori cerebrali.

Mediz. Welt, 11 gen. — v. METTENHEIM e J. TANEFF. Il problema del reumatismo nell'infanzia.

Ned. Tijdsch. v Geneesk., 11 gen. — A. GEESINK e al. La nefrotomia.

Medic. Pregled, gen. — B. ZARNIK. Gruppi sanguigni e ricerca della paternità.

Revue Neurol., dic. — E. BENHAMOU e P. GOINARD. Echinococcosi intrarachidea.

Soc. d. Hôp., 30 dic. — M. RENAUD. Il vaccino tifico nel trattam. degli stati anafilattici. — Casistica.

Surg., Gyn. a. Obst., gen. — H. A. SINGER. Le forme fruste dell'ulcera gastr. perforata. — R. H. OVERHOLH. Atelettasia polmon. post-operativa.

Acta Med. Scandin., V-VI. — A. LUNDBERG. Lecitina ed emoagglutinaz. — V. BÜLOW-HAUSEN. Corpi chetonici e coma diabet. — L. BRAHUSE. Patogenesi della sciatica. — E. KYLIN. Pressione colloidosmotica. — A. BREHUS e C. HALTEN. Sintomi cosidetti ipoglicemici da insulina.

Id., Supplem. XXXI. — G. NYLIN. Variazioni periodiche dello sviluppo, del metabolismo basale e della saturabilità in ossigeno del sangue durante l'infanzia.

Paris Méd., 18 gen. — Numero di dermatol.

Ann. di Oftalmol., ecc. ott.-dic. — G. OVIO Il concetto antico e moderno dell'ottalmia. — L. MAGGIORE. Il tracoma in Italia. — G. TESSIER. Tensione endoculare normale.

Ann. di Ost. e Gin., 31 dic. — C. COGGI. Irudinizzazione delle trombo-flebiti. — G. MOTTA. Diagn. biolog. di gravid.

Minerva Med., 20 gen. — M. AGRIFOGLIO. Coesistenza di stenosi pilorica e di stenosi bassa del duodeno.

Studium, 1 gen. — A. SALMON. Meccanismo delle crisi epilettiche.

Lancet, 18 gen. — C. J. FULLER. Complicazioni polmonari post-operative. — T. C. HUNT. Alcool e diabete.

Mediz. Welt, 18 gen. — R. FREUND. I grandi progressi della terapia interna. — E. NAUCK. La psittacosi.

Münch. Med. Woch., 17 gen. — LAUBER e al. Artropatie endocrine. — TROITZKAJA. Sindrome di Banti nella sifilide congenita.

Brit. Med. Journ., 18 gen. — W. H. WILSON. Eziologia della pellagra. — F. W. SUMMER. Segno d'appendicite ac.

Riforma Med., 6 gen. — F. GALDI. Distonia neuro-vegetativa. — E. LOMBARDI. Dieta di fegato e glicemia.

Presse Méd., 18 gen. — M. CHIRAY e S. ZITZERMANN. Stati melanconici, atonia vescicolare e stasi biliare.

Riv. Ospedal., dic. — A. DUDAN. False tubercolosi.

Ann. d'Igiene, dic. — G. TIZZONI e G. DE ANGELIS. Immunità contro il cancro. — E. J. PAMPANA. Assorbim. polmonare dei bacilli paratubercolari. — G. SOLLAZZO. Ricerca dei bacilli del tifo nelle feci. — E. BERTARELLI. Presa e trasporto dei liquido in asepsi.

Osped. Magg., 31 dic. — I. BETTONI. Reni ialini policistici.

Rivista di Terapia Mod. e Med. Prat. - Milano, aprile 1930. — Rivendic. scient. italiane nel lavoro del dott. Nardi Batassi — Rivendic. italiana nel campo dell'Ematologia — Per il libro medico italiano — Per la stampa med. Ital. — Contributi ital. nel campo della medicina coloniale — Notiziario.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

PERIODICI EDITI DALLA NOSTRA CASA

Sommari dei Numeri pubblicati nel mese di Maggio 1930:

"IL POLICLINICO"

SEZIONE MEDICA (mensile)

diretta dal prof. VITTORIO ASCOLI

Il Numero 5 (1° Maggio 1930) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - P. FORNARA: Sopra un caso di meningite purulenta a pseudo-meningococchi in bambina eredoluetica.

II. - V. CANTALAMESSA: Sindromi di Landry a forma polinevritica in soggetto sifilitico.

III. - R. GOSIO: Un caso di emoistioblastosi con particolari caratteri clinici ed ematologici.

Abbonamento annuo alla Sezione Medica, per l'Italia L. **45.** — Per l'estero L. **55.**

Un numero separato: L. **6.**

SEZIONE CHIRURGICA (mensile)

diretta dal prof. ROBERTO ALESSANDRI

Il Numero 5 (15 Maggio 1930) conterrà:

LAVORI ORIGINALI:

I. - F. BENEDETTI-VALENTINI: Un nuovo metodo di artrolisi applicato al serramento cronico delle mascelle.

II. - A. CHIASSERINI: Osservazioni su di un intervento chirurgico per cisti dell'ipofisi.

III. - N. LA GRAVINESE: Patogenesi e trattamento delle fistole gastroenterocoliche. Studio clinico su nove casi a controllo operatorio. (*Cont. e fine*).

IV. - A. VITALE: Le anomalie renali.

Abbonamento annuo alla Sezione Chirurgica, per l'Italia L. **45.** — Per l'estero L. **55.**

Un numero separato: L. **6.**

I non abbonati alle suddette Sezioni potranno ottenere subito l'uno o l'altro numero inviando relativo Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14, ROMA.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il Numero 5 (Maggio 1930) contiene:

Terapia: A. REJTO: Sopra la terapia delle suppurazioni dell'orecchio medio complicate da colesteatoma. **Specialità e medicina generale**: C. GELANZÈ: Tonsilliti acute e lesioni renali. **Raccolta di fatti**: M. FABRONI: Corpo estraneo del bronco sinistro. Tracheotomia. Estrazione sotto il controllo radioscopico. **Ricerche di laboratorio**: E. PALLESTRINI: Contributo allo studio delle variazioni di pressione indotte nella tromba d'Eustachio dalla deglutizione. **Fonetica biologica**: G. GUIDA: I movimenti tracheali possono disturbare la circolazione sanguigna? **Recensioni**: Meningite cerebro-spinale da diplococcus crassus o meningococco di Jaeger. — Note polemiche. Ancora sulla « sutura immediata dopo interventi sulla mastoidite ». — Meningiti asettiche traumatiche. — Sulla predisposizione dell'età infantile alla meningite cerebro-spinale. — Sulle dimensioni del sacco endolinfatico dell'uomo nelle varie età. — L'iniezione di luminal sodico nella cisterna magna nella cura delle paracusie. — La reazione di Taccone sul liquido cefalo-rachidiano. — La relazione del liquido cefalo-rachidiano con la temperatura del corpo umano. — Le alterazioni del liquor del tipo Froin nei bambini. — Sull'importanza delle variazioni della pressione endocranica nella genesi del riflesso oculocardiaco. — Tubercolosi leptomeningea e dissociazione albumino-citologica nel liquor. — L'irradiazione Röntgen del capo nelle ependimiti sierose gravi. — L'importanza dell'esame vestibolare in otoneurologia. — Glio-sarcoma del verme del cervelletto. — Sui tumori del nervo acustico. — Le turbe labirintiche in rapporto alla chirurgia cranio-encefalica. — Il sistema diencefalo-ipofisario nel sonno. — Sul numero delle fibre nervose che costituiscono il nervo cocleare nell'uomo. — Studio sulle radici sensitive del VII, IX, X paio nei chirotteri. — Gli aneurismi dei grossi tronchi cerebrali. — Tetano cefalico in bambina di 12 mesi. — Tic post-encefalitico insolito. **Domande dei lettori. — La nota storica. — Notizie e questioni.**

Abbonamento pel 1930: Italia L. **40**; Estero L. **60.** Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **36**; Estero L. **50.** Un numero separato L. **6.**

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI

Redattore-capo: prof. **CESARE PEZZI**

Il Numero 5 (Maggio 1930) contiene:

Lavori originali: I. - L. ROSSI: Trombosi ventricolare e tachicardia parossistica. — II. - L. CONDORELLI: Ricerche sperimentali sulla conduzione sinonodale.

Rassegne, Riviste e Congressi: **Fisiopatologia**: MANDRU: Una nuova teoria della secrezione renale e la patogenesi dell'ipertensione basata su essa. — **Clinica**: GALLAVARDIN: Diagnosi e forme cliniche dell'aritmia extrasistolica ventricolare. — A. MUT: Un caso di tachicardia parossistica riflessa. — L. VELASCO BLANCO e E. MONFERINI: Affezioni congenite del cuore nell'infanzia. — L. GALLAVARDIN, P. VEIL, ROGER FROMENT: Tachicardia parossistica ad accessi notevolmente prolungati. Incostanza dei fenomeni di asistolia.

Notizie bibliografiche: M. GEWERT: Ueber die Schwankungen des Herzgewichts in den verschiedenen Lebensaltern unter normalen und pathologischen verhältnissen. — H. KUTSCHERA-AICHBERGEN: Ueber Herzschwäche.

Abbonamento pel 1930: Italia L. **40**; Estero L. **60.**

Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **36**; Estero L. **50.** Un numero separato L. **6.**

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

Il Numero 5 (Maggio 1930) contiene:

Lavori originali: L. BACIALLI e M. ARTOM: Contributo allo studio del valore diagnostico delle cutivaccinazioni nelle annessiti gonococciche. **Fatti e documenti**: A. BOCCASSINI: Sulla neurite ottica in corso di allattamento. **La rubrica degli errori**: G. VENTUROLI: Errore diagnostico in tema di mola vescicolare. **Problemi medico-sociali**: L. PUCCIONI: Sulle cause della mortalità infantile intrapartum e durante i primi giorni di vita extra-uterina. **La rubrica medico-legale**: L. LENZI: Considerazioni medico-legali sopra un caso di sospettato infanticidio. **Riviste generali**: L. SEITZ: Biologia della placenta. **Dalle riviste**: **Ostetricia**: Eclampsia senza albuminuria. — Reni ectopici causa di distocia nel parto. — L'impegno della testa fetale nelle primipare in quale momento della gravidanza si produce? — Sul valore della rachianestesia per la dilatazione del collo uterino. — Note di tecnica operativa nelle ricostruzioni complete del perineo. — La cura odierna della placenta previa. — Micromelia in un feto irradiato nell'utero. — Emorragie endocraniche in feti nati mediante taglio cesareo. — **Ginecologia**: Emoperitoneo di eziologia ovarica. — La somiglianza morfologica di alcune cisti luteiniche ed endometriali dell'ovaio. — Lesioni benigne e maligne della mucosa della portio. — Interpretazione istologica delle biopsie nella ipertrofia della mucosa del corpo. — La causa e la natura del cancro cervicale. — La tecnica dell'applicazione del radio nel cancro dell'utero. — La radioterapia del cancro della vulva. — Note su 222 casi di sterilità. — Esperimenti di terapia auto-vaccinica nelle forme infettive ginecologiche. — **Pediatria**: Fattori materni del rachitismo. — Profilassi e terapia del rachitismo. — Rapporti tra peso corporeo e ingestione di liquidi nei neonati. — Sul destino dei prematuri. — Il siero di sangue di gravida nella alimentazione del neonato prematuro. — **Note di biologia**: Ricerche sperimentali sul liquido follicolare. — L'effetto del siero delle gravide sul ciclo estruale della cavia. — L'influenza dell'irradiazione ovarica sulla discendenza del topo bianco. **Varietà. — I libri. — Divagazioni professionali. — Notizie.**

Abbonamento pel 1930: Italia L. **40**; Estero L. **60.**

Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **36**; Estero L. **50.**

Un numero separato L. **6.**

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI - Ufficio Postale succursale diciotto - ROMA

ANNO XXXVII Roma, 12 Maggio 1930 Num. 19

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale Felice Lotti di Pontedera. - Sezione Chirurgica.
Direttore: prof. F. CASAGLI.

Nuova modificazione al triangolo gessato di Impallomeni nella cura delle fratture dell'estremità superiore dell'omero

per il dott. PIERO MARRI, chirurgo comprimario.

Essendo ormai universalmente nota la necessità, in casi di fratture dell'omero, di fissare quest'osso in posizione di abduzione pronunciata, i Chirurghi e gli Ortopedici cercano da vario tempo un mezzo che conciliando la praticità, e cioè la facilità di procurarselo a costo minimo, con i precetti di una sana e moderna terapia, permetta a tutti, medici e pazienti, di poterne comodamente usufruire. Da quando Middeldorf ideò per primo il suo cuscino triangolare che poi egli stesso modificò con una doccia della stessa forma, varii sono stati gli ideatori di modificazioni più o meno giuste ed utilitarie. Port modificò la forma del triangolo, lo costruì con lamine di stagno, ma permanevano sempre i difetti capitali e cioè la poca abduzione omerale (circa 45°), l'avambraccio e la mano ciondolanti e la nessuna praticità dell'apparecchio, che essendo di metallo occorreva un tempo non breve per costruirlo, dato che per la sua applicazione bisogna che corrisponda a precise misure naturalmente variabili da soggetto a soggetto. Un considerevole passo in avanti fu fatto dal nostro Impallomeni che con il suo noto triangolo gessato costruibile in pochi minuti, e con misure rilevate dal paziente stesso e specialmente con la maggiore abduzione dell'omero univa al trattamento più razionale nei riguardi dello spostamento dei frammenti, una praticità veramente d'eccezione. Il Taddei poi riprendendo più tardi la questione, modificò in modo brillante la forma dell'apparecchio, e dal triangolo costruì un quadrilatero di forma trapezoidale ormai universalmente noto, e che sul triangolo dell'Impallomeni offriva due vantaggi evidenti, e cioè: primo, venivano ad essere eliminati i dolori e gli edemi che nel triangolo si verificavano quasi costantemente per la pressione esercitata sulla piega del gomito dall'angolo acuto corrispondente del triangolo; secondo, si

otteneva con la diversa disposizione delle fasce una immobilizzazione più completa da parte dell'apparecchio, ed anche in un certo grado una trazione.

In vari anni di servizio chirurgico in questo Ospedale che è centro importantissimo di traumatologia, ho avuto occasione di applicare in fratture della testa e del collo omerale, numerose volte il quadrilatero del Taddei nelle modalità colle quali egli stesso ne consiglia l'uso e mi son dovuto convincere che se da un lato esso è praticissimo sia per la costruzione che per l'applicazione, se è ben tollerato dai pazienti, se dà ottimi risultati per una sollecita consolidazione favorita anche dalla possibilità di potere iniziare subito anche sullo stesso focolaio di frattura quei massaggi che oltre a conservare la tonicità delle masse muscolari, pare anche influiscano assai beneficamente sul progredire del processo reattivo o di saldatura dei frammenti che porta poi alla formazione del callo, d'altra parte però non dà in modo completo quei risultati funzionali che oggi dobbiamo esigere data la conoscenza esatta che abbiamo dello spostamento dei frammenti ossei nelle fratture in parola.

Riassumo in brevi cenni gli spostamenti dei frammenti ossei nelle fratture dell'estremo superiore dell'omero, e più particolarmente di quelle del collo chirurgico che sono le più importanti per la loro frequenza. Essi consistono in tre movimenti di estrema importanza:

1) accavallamento (spostamento *ad longitudinem*) dei frammenti, causato dalla retrazione dei muscoli: bicipite (capo corto), tricipite (capo lungo) e coraco-brachiale;

2) abduzione decisa e rotazione esterna del frammento prossimale determinata essenzialmente dall'azione preponderante dei tre muscoli che si inseriscono nella grande tuberosità: sopraspinoso, sottospinoso e piccolo rotondo;

3) rotazione interna ed adduzione del frammento distale sotto l'azione dei mm.: gran pettorale, grande rotondo e gran dorsale a cui si aggiunge l'azione dei fasci anteriori del deltoide.

Presi in considerazione questi spostamenti, e sapendo come sia impossibile per la sua piccolezza poter far presa sul frammento superiore, per ridurlo e mantenerlo in buona posizione, appare come conseguenza logica, la necessità di servirsi del frammento distale per adattarlo nella migliore posizione possibile rispetto al primo ed ivi mantenerlo per tutto il tempo necessario ad una sufficiente consolidazione dei frammenti. Nel fare ciò gli AA. degli apparecchi gessati di cui sopra mentre si sono preoccupati un poco dell'accorciamento per accavallamento dei frammenti, e molto dell'abduzione del frammento superiore, sembra non si siano voluti curare del terzo spostamento, pure importantissimo, della rotazione in direzione opposta dei due frammenti, e che non corretto porta ad una limitazione assai grave dei movimenti del braccio.

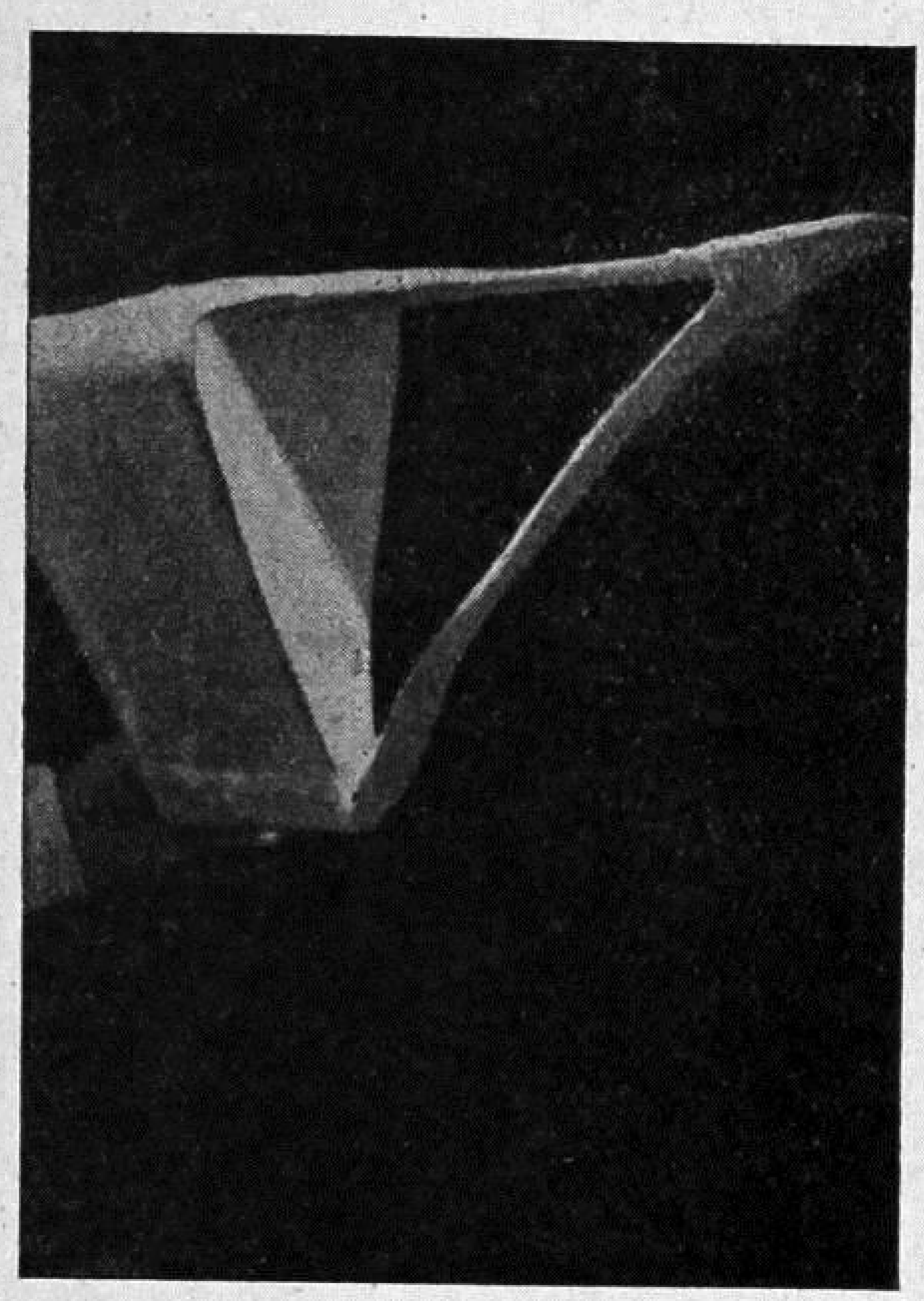
Infatti nelle fratture nelle quali viene applicato od il triangolo dell'Impallomeni, o il quadrilatero del Taddei, nella sua prima edizione 1919, a guarigione avvenuta, manca o quasi il movimento di rotazione esterna dell'asse omerale. Il perchè è chiaro; in questi apparecchi non essendo stato tenuto conto delle rotazioni opposte dei frammenti, questi si consolidano: il superiore in rotazione esterna decisa, l'inferiore in rotazione interna decisa, ed a consolidazione avvenuta, quando la ginnastica rieducativa dei movimenti cerca di far eseguire al paziente la rotazione esterna sia attivamente che passivamente, essa non può verificarsi che in grado minimo anche passivamente, dato che la testa omerale che è già ruotata all'esterno, si sa che ha un limite a detto movimento (180°). I movimenti attivi poi sono impossibilitati anche dal fatto che i muscoli rotatorii, sia esterni che interni, già in stato di retrazione non possono più accorciarsi che in grado minimo.

Per ovviare a questo impedimento funzionale grave è stato da alcuni applicato l'apparecchio ambulatorio a trazione del Borkgreving, il quale però si è dimostrato poco pratico, sia per essere applicato e mantenuto, sia per la spesa non lieve che occorre per procurarselo, dato che di tali apparecchi ne occorrerebbero di molte misure ed in quantità considerevole, altri invece, e sono i più, hanno ricorso addirittura ad un apparecchio gessato completo comprendente il torace e tutto l'arto lesionato, fissando questo in abduzione e rotazione esterna più o meno marcata.

Taddei appunto per evitare questo inconveniente, fece al suo quadrilatero una modificazione importante applicando al lato esterno di questo una stecca a direzione verticale per fissarvi l'avambraccio dando così al frammento distale della frattura omerale, una rotazione esterna che a mio modo di vedere è un po' troppo marcata.

Dopo tutte queste considerazioni e dopo l'esperienza di numerosissimi casi caduti sotto la nostra osservazione, ho ideato un apparecchio gessato che a mio avviso ha il pregio di unire alla migliore posizione in cui mantiene i frammenti fino a consolidazione avvenuta, la stessa grande facilità e rapidità di costruzione del quadrilatero, venendo eseguito come questo volta per volta su misure esatte prese dallo

stesso ammalato, sul quale si adatta e si mantiene perfettamente, ed un costo veramente irrisorio. Ha inoltre il pregio, a differenza degli altri apparecchi, nei quali ciò sarebbe una cosa assai problematica, di permettere con tutta facilità e senza bisogno di apparecchi speciali, nè carrucole, ecc. (una carrucola, del re-



sto, affidata ad una staffa metallica potrebbe anche essere interposta per chi lo credesse opportuno), l'applicazione di una trazione permanente per mezzo di cerotti adesivi, all'omero fratturato. Sono possibili poi anche con questo tipo e fino dai primi giorni, i massaggi, essendo pure qui la sede della frattura e la spalla completamente scoperte.

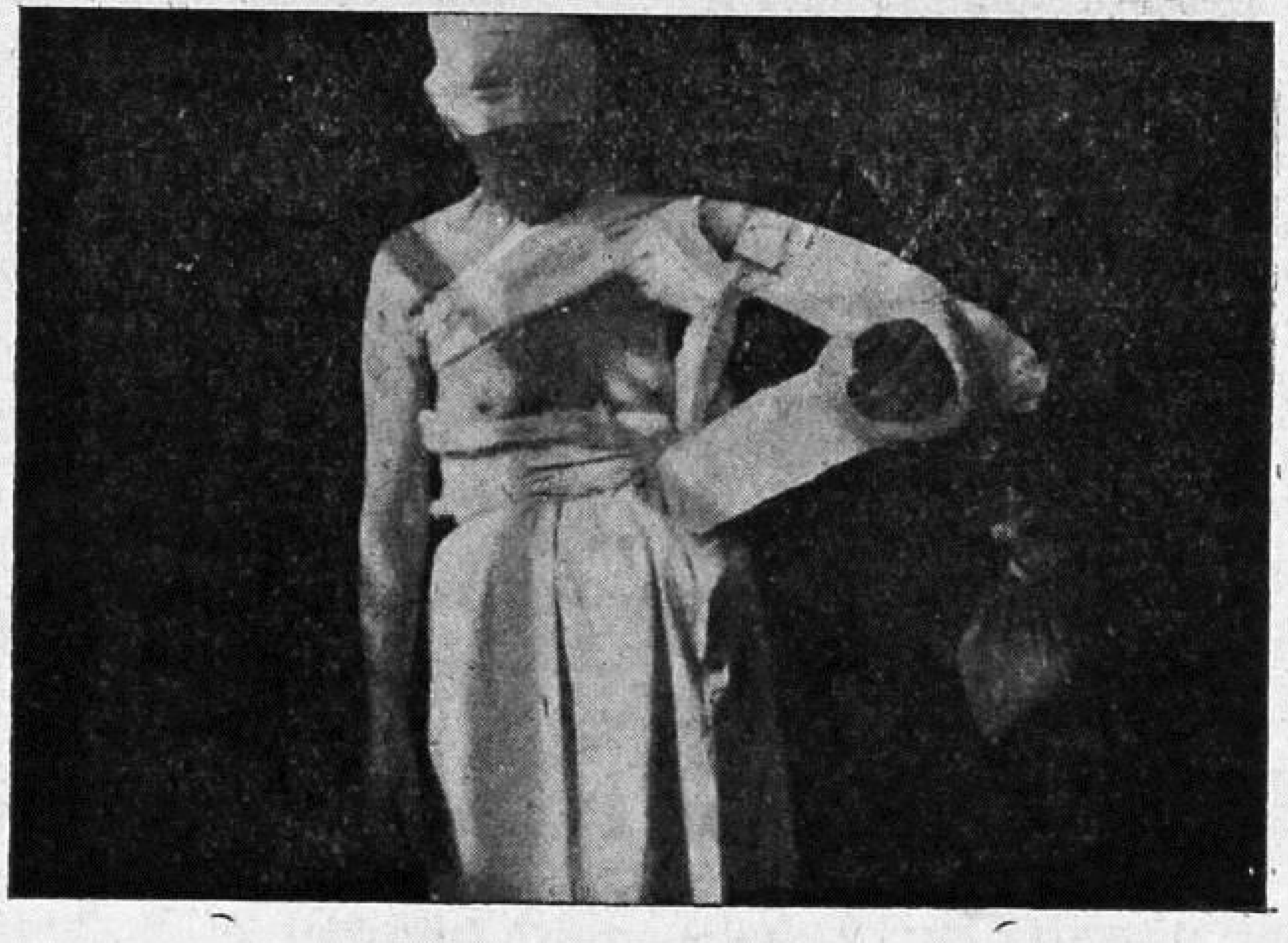
*
* *

Passo a descrivere la costruzione. Essa viene eseguita sulla stessa tavoletta con fori de-



scritta dall'Impallomeni ed adottata anche da Taddei.

Soltanto io ho fatto praticare una fila di fori ogni tre cm. e per tutta l'estensione della tavola per rendermi più facile l'applicazione delle misure esatte di ogni singolo paziente anche piccolo (trattiamo con questo sistema anche i ragazzi). Costruisco prima un triangolo i cui lati corrispondono per lunghezza: il primo alla misura della distanza fra cupola dell'ascella e la cresta iliaca compresa, il secondo a quella fra cupola ascellare ed epitroclea compresa, il terzo, corrispondente a quello che noi chiamiamo di abduzione e che è quello che deve unire le estremità dei due lati corrispondenti, una alla cresta iliaca l'altra all'epitroclea, abbiamo cura di misurarlo con il paziente sotto allo schermo radioscopico, quando ponendo l'arto fratturato in



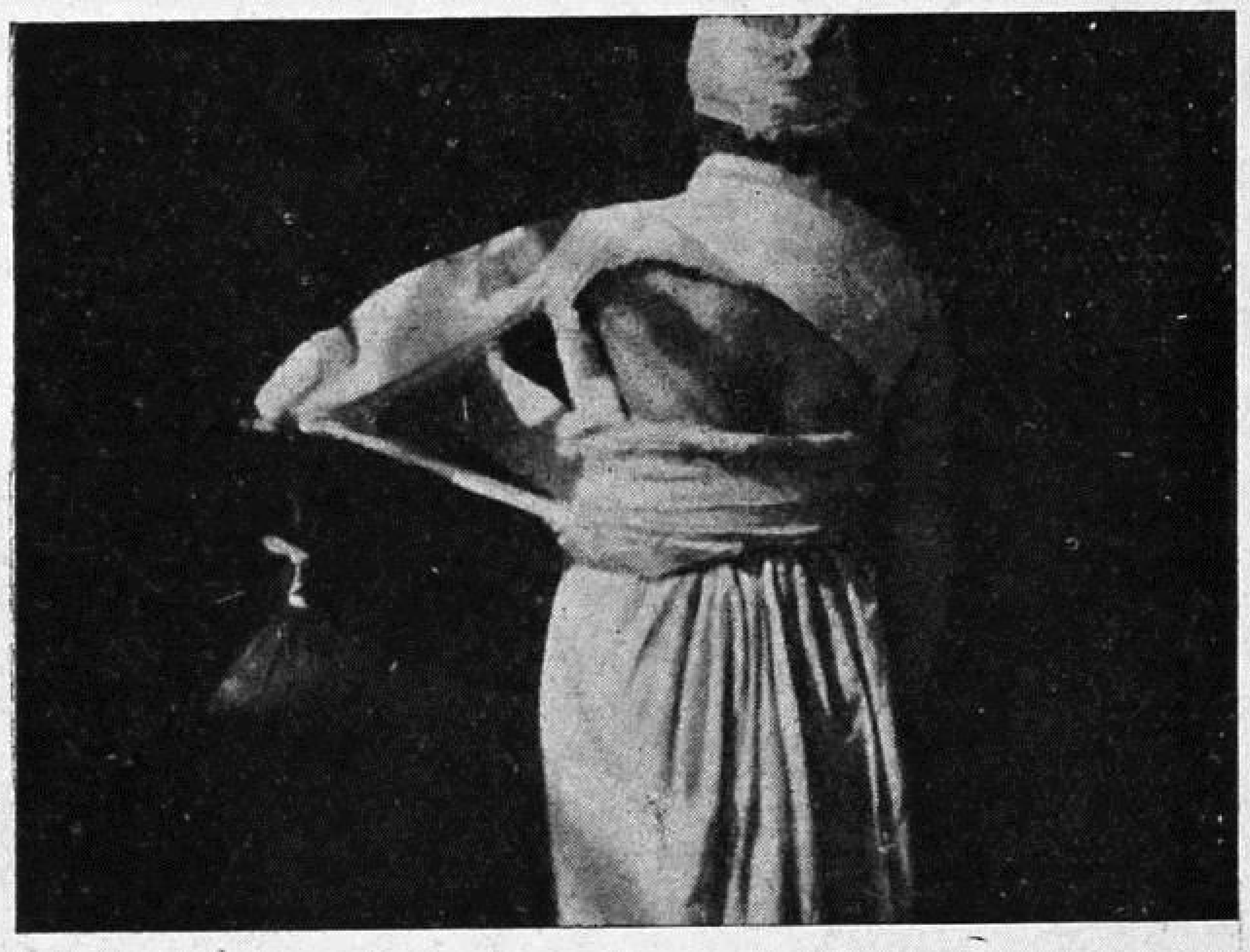
abduzione vediamo che abbiamo raggiunta la posizione più adatta per la riposizione dei frammenti.

Dirò subito che per ottenere questo scopo non è mai stato necessario raggiungere con l'asse omerale, l'abduzione ad angolo retto sul torace, ma sempre un abduzione lievemente inferiore. Ne viene di conseguenza che l'angolo ascellare del triangolo non è mai un angolo retto, ma sempre leggermente acuto (80° circa). Terminato il triangolo costruito come si sa con fascie gessate, applico due stecche, pure fatte con fasce gessate; una, la prima, che è destinata a sostenere l'avambraccio piegato ad angolo retto sul braccio e proiettato in avanti, in rotazione esterna incompleta del frammento omerale inferiore di frattura, lunga dalla superficie posteriore del gomito alla linea di flessione delle dita viene impastata sul lato omerale del triangolo ancora umido in tutta vicinanza dell'inizio dell'angolo cubitale.

Essa stecca, essendo ancora il triangolo sui cavicchi del tavolo, avrà direzione esattamente verticale e per fare questo basterà affidarne la sua estremità superiore ad un infermiere, il quale, magari coll'aiuto di una ferula di cartone messa lungo la stecca medesima, starà sufficientemente immobile per quei due o tre minuti necessari alla presa del gesso.

La seconda stecca, puramente destinata a rinforzare la prima che non sarebbe sufficente a sostenere il peso dell'avambraccio e della mano, si impasta colle sue due estremità una

all'angolo del triangolo corrispondente alla cresta iliaca, l'altra all'estremità della prima stecca corrispondente alla mano. Per maggiore garanzia di solidità si può girare alle due estremità della prima stecca (cubitale e della mano) due o tre giri di fascia gessata. Io però



non ne ho mai avuto necessità. L'essenziale è di avere un buon gesso e di impastare bene gli strati.

L'apparecchio è terminato. Io impiego nella costruzione 10-15 minuti al massimo. Si lascia qualche ora sul telaio per farlo seccare bene e poi è pronto per l'uso. Le norme per l'applicazione non differiscono nelle linee generali da quelle adottate dall'Impallomeni (vedi figure 1 e 2).

Soltanto, prima della messa in posizione dell'apparecchio, sono solito applicare al braccio i cerotti per la trazione, poi, mentre da un infermiere viene mantenuto l'arto nella posizione scelta, applico l'apparecchio ben ovattato sui lati che vengono a contatto col corpo e lo fisso al torace con due fasce. Una di queste, girando intorno all'addome, fissa contro la cresta iliaca l'angolo inferiore del triangolo; l'altra fissa l'angolo superiore alla cupola ascellare, girando a seconda dei casi o sulla spalla omolaterale e poi sotto l'ascella opposta a cifra 8, oppure dall'angolo ascellare del triangolo alla regione claveare opposta. Sulla fascia che fissa l'ovattatura del lato omerale metto polvere di talco in abbondanza per ridurre gli attriti alla trazione, fisso leggermente parte del braccio e l'avambraccio con qualche giro di fascia all'apparecchio ed applico i pesi. L'ammalato può stare già alzato, i massaggi possono essere eseguiti, la trazione esplica la sua azione.

*
* *

I vantaggi che si possono avere sugli altri tipi consimili abbiamo potuto vedere essere di ordini diversi; anzitutto la posizione di rotazione intermedia in cui viene posto il frammento omerale distale si addice assai meglio al frammento la cui rotazione esterna non è affatto completa. Anzi il porre tutto l'arto in rotazione esterna decisa io ritengo che sia un fatto men che utile dannoso, dato che con questa posizione si viene ad aumentare la rotazione esterna del frammento prossimale e quindi a favorire l'accorciamento compensativo dei muscoli rotatorii esterni, accorciamento che, come si sa, se può esser vinto dopo alcune ore dal trauma, già due o tre giorni dopo non è più possibile modificarlo senza produrre lacerazioni delle compagini muscolari; una rotazione intermedia del frammento inferiore invece, mentre si avvicina di più alla posizione del superiore, ritengo sia più utile alla buona conservazione anatomo-fisiologica dei corpi muscolari rotatorii, tanto esterni che interni, dei quali pure è utilissimo preoccuparsi se si vuole una *restitutio ad functionem* la migliore possibile.

Della posizione dell'arto in abduzione non vale la pena di parlare essendo pieno l'accordo fra gli AA. sulla grande utilità di essa. Il fatto di potere, in questo tipo di apparecchio, applicare con tutta facilità pesi per trazioni sull'asse omerale lo rende di gran lunga superiore a tutti gli altri del genere.

E' noto che una consolidazione in buona posizione è soprattutto in relazione alle condizioni nelle quali è mantenuto l'arto nei primi giorni di evoluzione della frattura. Poichè questa deve essere considerata non come una semplice interruzione della continuità scheletrica, ma come una vera unità patologica riferentesi a tutto l'arto leso, sono della massima importanza le cure immediate dirette ad impedire il progressivo accorciamento dei muscoli intorno o nelle vicinanze del focolaio di frattura, accorciamento che si esplica nei primi giorni della frattura, e che aumenta progressivamente quanto più ci allontaniamo dalla azione di stupore provocata dal trauma, e ciò anche perchè questi accorciamenti sono i fattori che causano gli spostamenti secondari dei frammenti nel focolaio di frattura. E siccome accorciamenti e spostamenti sono l'uno in diretta dipendenza dell'altro e vicendevolmente si provocano, ne consegue che un trattamento razionale è solo quello che si cura di rendere ai muscoli la loro primitiva lunghezza e tensione e di mantenere i frammenti nel migliore rapporto reciproco per tutto il tempo necessario a dare al segmento osseo una resistenza sufficiente alle esigenze dinamiche cui la tensione dei corpi muscolari lo tiene sottoposto. (Dalla Vedova). Dato che il tipo di apparecchio da me costruito si può, appena ridotta la frattura, applicare immediatamente al paziente, ed ap-

plicarvi la trazione che è la condizione *sine qua non* per prevenire o vincere i fenomeni patologici suddetti, e dato che il controllo radiologico eseguito ad intervalli ravvicinati anche in piani diversi perpendicolari fra loro, permette di seguire il mantenersi della contenzione, ritengo che esso apparecchio sia quanto di più utile si possa esigere attualmente.

Mi si può obbiettare che l'apparecchio del Borkgreving è assai simile per forma e principi al mio, ma in esso se si vuol porre l'arto in abduzione più o meno orizzontale, occorrono mezzi di fissazione esagerati e complicati; esso non si mantiene mai bene nella giusta posizione, è fastidioso e quindi mal tollerato dal paziente, è costruito in legno e quindi occorrerebbe di varie misure malgrado le sue viti che permettono l'allungamento e l'accorciamento, ed ha un prezzo d'acquisto assai elevato. Noi abbiamo più volte provato ad adottarlo, ma ci siamo dovuti convincere della sua poca adattabilità e praticità. Le stesse obbiezioni si possono muovere agli altri numerosi apparecchi, soprattutto francesi, che sono derivazioni o semplificazioni di quello del Borkgreving.

Rimane a considerare l'apparecchio gessato completo comprendente tutto o quasi il torace e l'arto lesionato. Esso è invero buono e noi pure spesso l'abbiamo adottato. Ritengo però che sia più utile nei casi in cui è necessaria una immobilizzazione assoluta, come dopo una riduzione con trattamento cruento. In esso infatti non sono possibili nè trazioni nè massaggi precoci, riconosciuti essi pure così utili per il ripristino anatomico e funzionale sia degli organi attivi che dei passivi dell'arto leso, ed è assai peggio tollerato dai pazienti per quel senso di costrizione toracica duro e di pressione, specie sull'emitorace omolaterale all'arto leso sul quale va ad appoggiare in gran parte il peso dell'arto che sporge verso l'esterno.

RIASSUNTO.

In base a considerazioni anatomo-fisiologiche e alla conoscenza delle varie cause di dislocamento dei monconi di frattura, cause riferibili specialmente all'azione dei vari gruppi muscolari nonchè, eventualmente, alla modificazione della compagine dei corpi muscolari stessi in caso di dislocamento inveterato; l'A. ha ideato un apparecchio gessato, a modificazione del triangolo di Impallomeni, al fine di eliminare i fattori patologici di una cattiva consolidazione e di una ridotta o alterata funzione dell'arto leso.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Due soggetti con settima costa cervicale totale unilaterale.

Dott. Quirino Vischia, medico-chirurgo - Perugia.

La dorsalizzazione della settima cervicale, come dice Busi (1), rappresenta un'anomalia del metamero cervico dorsale che è meno frequente della sacralizzazione della V vertebra lombare e tenuto conto del sesso è più di sovente presente nella donna che nell'uomo.

In genere l'attenzione su questa anomalia è richiamata casualmente dal radiologo facendo ricerche sulla zona degli apici polmonari o su alterazioni che eventualmente possono insorgere su questo osso sopranumerario (fratture, tumori ecc.) od in altri casi viene osservata al tavolo anatomico.

La presenza di tale anomalia che di leggeri potrebbe essere interpretata di importanza assai relativa invece costituisce un elemento anatomico di primaria importanza, in quanto ad essa si riferiscono strane e svariate fenomenologie, le quali non permettono un'interpretazione diagnostica ben netta se si volesse fare astrazione dall'esame roentgenologico.

Nei riguardi dell'età in cui tale anomalia si appalesa e dà le prime manifestazioni della sua sospetta esistenza si può dire che è più frequente nel periodo dello sviluppo. Questo dato concorda pienamente con le statistiche degli autori.

E se varietà notevoli si riscontrano in queste coste sopranumerarie sia nella forma, nella lunghezza, nella posizione (uni- o bilaterale) altrettanto deve dirsi della sintomatologia che è varia.

Infatti consultando la letteratura si vede come in taluni casi la presenza di una costa bilaterale non determina alcun disturbo soggettivo, nè obbiettivamente è apprezzabile alcun dato tanto che l'anomalia passa assolutamente inosservata e solo accidentalmente viene rilevata (2).

In altri casi la presenza della costa bilaterale è accompagnata da una fenomenologia particolare a carico dell'arto superiore.

Nelle forme unilaterali in alcuni casi, come si rileva dalle recenti citazioni di Ferry e di Staffieri, mancano fenomeni dolorifici, in altri come nei miei reperti che illustrerò si nota una sintomatologia dolorosa.

---

(1) A. Busi. *Tecnica e diagnostica radiologica nelle malattie chirurgiche.* Nel « Trattato di semeiologia e diagnostica chirurgica » del Taddei. U. T. E. T., 1927, ag. 1903.

(2) Come nel reperto assai recente di Delahaye del quale riferirò in seguito.

La dorsalizzazione della 7ª costa cervicale, come si vuole oggi denominare questa anomalia, può simulare parecchie sindromi ed è questa la ragione per la quale molte volte il medico pratico, che non è condannabile, può logicamente formulare un giudizio diagnostico diverso.

In alcune forme di tale anomalia il dolore che viene accusato dai pazienti al collo ed all'arto superiore rappresenta l'unico sintomo; spesso si trovano irradiazioni alla nuca, all'emitorace corrispondente, specialmente nella zona degli apici, dove la riscontra appunto il radiologo, al quale il medico pratico invia l'infermo per avere una conferma della sospetta malattia negli apici polmonari.

Queste manifestazioni dolorifiche spesso sono il risultato di fenomeni di compressione, a carattere transitorio o permanente, per deviazione della colonna vertebrale e della gabbia toracica (scoliosi cervico-dorsale).

La scoliosi cervico-dorsale corrispondente alla parte neoformata è l'espressione della deviazione della colonna vertebrale e tale deviazione come riferisce Bertolotti (3) « *è legata non alla presenza delle coste soprannumerarie, ma ad altre anomalie concomitanti alla dorsalizzazione della settima cervicale* ».

Ma nell'arto superiore non è solo il dolore, vi sono disturbi di trofismo, della motilità ed anche disturbi vasomotori.

Nei riguardi del trofismo riferirò il caso di Pierre Marie e Chatelin, nel quale oltre all'atrofia dei muscoli dell'eminenza thenar si aveva una malformazione cutanea.

Nei disturbi nervosi si possono notare manifestazioni che vanno dal semplice crampo alle nevralgie del trigemino, del plesso brachiale (ciò che induce logicamente il medico pratico a interpretare l'anomalia come semplice nevralgia del plesso) alle forme di parestesie e di pseudoparalisi nell'ambito del radiale in forma bilaterale, come si può ripetere in questi soggetti la sindrome di Claude Bernard.

Per i rapporti che l'osso soprannumerario viene a prendere con i vasi subclavi — che possono subire degli stiramenti e spostamenti per cui le pulsazioni possono rendersi visibili, o far percepire fremiti (4) — in alcuni casi si hanno disturbi di nutrizione di un certo grado. Altre volte il dolore, specie nei casi in cui le coste in parola hanno breve lunghezza e l'estremità libera a punta, può essere determinato nei movimenti di lateralità od inclinazione della colonna cervicale, da stiramenti di fibre nervose o lacerazioni muscolari.

Per di più poi quando tale anomalia è unilaterale e saldata alla prima costa deve certamente contribuire a ridurre notevolmente le escursioni respiratorie nella zona degli apici.

Radiologi ed anatomici hanno descritto numerosi casi di tale anomalia.

Non starò a riportare i casi riferiti nella letteratura, mi limiterò solo a fare delle citazioni di nomi.

Così i casi di Crouzon, Pierre Marie e Chatelin, Neef, Honey, Buyat, Nové, Gruber; Della Vedova, Busi, ecc. e le classificazioni di Luska e Ombrédanne, Pierre Marie, Della Vedova ecc.

Degli autori più recenti la letteratura dà altri nomi.

Il Dagnini (5) nel 1922 descrisse un caso di costa bilaterale con disordini vasomotori dell'arto superiore destro a tipo radicolare inferiore e della guaina omonima.

Il Delahaye (6) nella stessa epoca segnalò un caso di 7ª costa bilaterale in una donna trentenne: in questo caso la costa sinistra presentava sviluppo minore della destra.

L'A. non riscontrò fenomeni di compressione.

Il Becchini (7) nel 1924 riferì anch'egli un caso di costa cervicale.

Nel 1926 il Ferry (8) citò in un soggetto la presenza di una costa cervicale sinistra totale unilaterale che non dava alcun disturbo nei movimenti di lateralità del collo e della testa.

Il Dereux (9) descrisse anch'egli nella stessa epoca un reperto di una costa cervicale bilaterale con riduzione numerica delle vertebre dorsali e lombalizzazione della prima sacrale.

Nel marzo 1927 lo Staffieri (10) presentò vari tipi di coste cervicali con reperti radiografici diversi e con varia sintomatologia.

Così nel primo caso (1ª radio) una costa si-

(3) Cfr. M. BERTOLOTTI: *Anatomia radiografica delle anomalie e delle alterazioni dello scheletro.* Nel « Trattato di diagnostica radiologica ». Tipografia Editrice Taddei, Ferrara, 1924.

(4) Tutto ciò concorda con l'osservazione del LERY. Fremiti nella regione sopraclavicolare furono riscontrati anche da BUSI in un caso di cui fa parola nel trattato di Semeiologia.

(5) G. DAGNINI. *Costola cervicale bilaterale con disordini vasomotori dell'arto superiore destro a tipo radicolare inferiore e della guaina omonima.* Policlinico, anno 29, 1922.

(6) M. DELAHAYE. *Un cas de 7e côte cervicale bilatérale.* Bull. Mém. Soc. Anat. Paris, 1922.

(7) G. BECCHINI. *Sopra un caso di costa cervicale.* Rivista Crit. Clin. Medica, 24, n. 22, pag. 345-349.

(8) G. FERRY. *Septième côte cervicale totale unilatérale; particularités anatomo-cliniques.* Ann. Anat. Pathol., 1926.

(9) I. DEREUX. *Côtes cervicales bilatérales, absence d'une vertèbre dorsale et de sa paire costale, lombalisation de la première sacrée.* Ann. Anat. Patol., 1922.

(10) STAFFIERI. *Costole cervicali.* Policlinico, Sezione pratica, fasc. 23, 6 giugno 1927.

nistra unilaterale, a decorso parallelo alla prima costa, con la quale contraeva rapporti.

In questo soggetto (donna) non osservava alcun disturbo per la presenza di tale anomalia.

Nella 2ª radio una costa destra completa unilaterale con dolori alla spalla destra ed alle regioni sopraspinosa e sopraclavicolare del lato corrispondente.

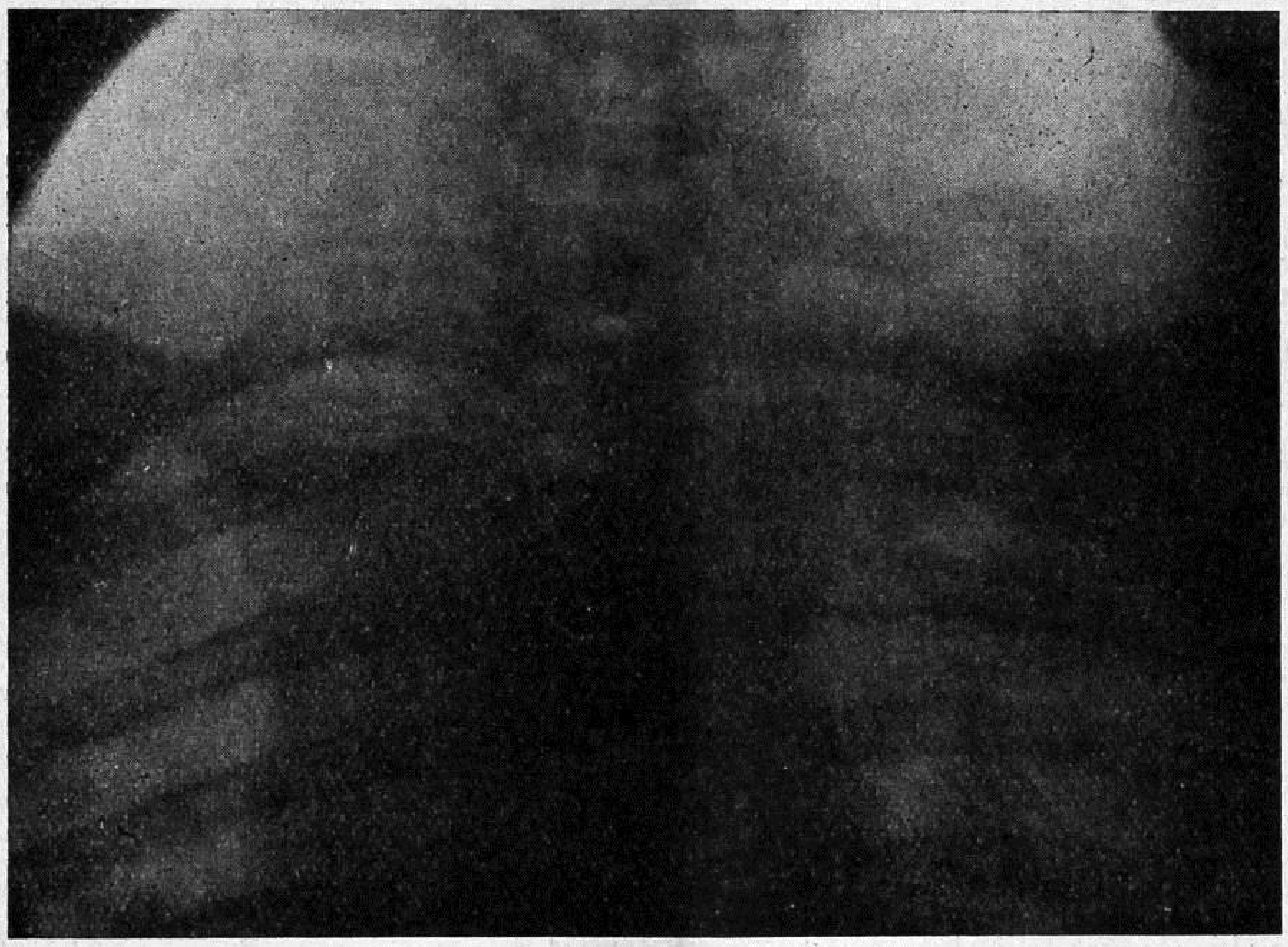
In questo soggetto la palpazione, dolorosa, rivelava una massa dura, sporgente, allungata, nella fossa sopraclavicolare.

Nella 3ª radio (donna) due apofisi trasverse ipertrofizzate, che risvegliavano dolore per i rapporti che da un lato l'apofisi trasversa contraeva di distrofia alla mano e tra i sintomi vascolari cianosi ed assenza del polso alla radiale.

All'accertamento radiografico notò una costa bilaterale: a sinistra piccolissima e fusa con la prima costa, a destra una costola della lunghezza di 4 centimetri unita alla prima costola mediante una articolazione.

L'atto operativo, che fu praticato dal prof. Della Vedova, rivelò una dilatazione fusiforme dell'arteria succlavia per una lunghezza di 4-5 centimetri.

L'A. ha cercato di spiegare i sintomi vascolari della paziente tenendo presente in proposito le osservazioni di Wingate Todd (12) che li riferisce a stimolo delle fibre vasomotorie che nell'arto superiore decorrono nel punto più basso del tronco del plesso brachiale.



1° soggetto

con un ramo del plesso cervicale, come fu osservato all'atto operativo.

Nella 4ª 5ª 6ª radio coste unilaterali destre, che avevano rapporti con la parte media della prima costola, ed a sinistra costole corte e più grosse.

Lo Staffieri propone una classifica con la quale comprende:

1° tipo: *forme asintomatiche* (senza dolori);

2° tipo: *forme dolorifiche* con sintomi nervosi;

3° tipo: *forme a tumore*, nelle quali cioè il sintomo più emergente, come dice l'A., è la presenza di un tumore uni o bilaterale;

4° tipo: *forme con predominio di sintomi vascolari.*

Recentemente il Venezian (11) all'Accademia Medica di Roma ha riferito un caso di costola cervicale bilaterale in una donna di 33 anni, che da un anno avvertiva dolore all'arto superiore destro.

Il Venezian nel soggetto in parola riscontrò notevole ipotrofia dell'arto superiore destro, fatti

Altri casi di coste cervicali bilaterali sono stati citati di recente da Crouzon, Gilbert, Dreyfus e Coste (13) in un individuo che avvertiva sensazioni dolorose irradiantesi verso il braccio sinistro e da Gardelin (14) in una giovane donna.

Sotto la mia osservazione sono capitati due soli casi, nei quali esiste la presenza di una costa cervicale sinistra completa unilaterale che si vede saldata alla prima costola. Si tratta di due donne, una di Perugia e l'altra della provincia: ambedue i soggetti hanno la medesima età (36 anni).

Poichè la sintomatologia è comune nei due casi ed uguali sono i reperti radiografici ottenuti mi limito a presentare solo il radiogramma del primo soggetto (vedi fig.).

---

(11) VENEZIAN. *Considerazioni su di un caso di una costola cervicale.* Atti Acc. Medica di Roma, maggio 1927.

(12) Lancet, 1912, II, pag. 362.

(13) CROUZON, GILBERT-DREYFUS e COSTE. Bull. et mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1927.

(14) GARDELIN. Policilinico, Sez. prat., 1928, numero 18.

I disturbi che le pazienti presentano, comuni in ambedue, risalgono a molti anni addietro: verso i 15-16 anni hanno incominciato ad avvertire dolore nella zona dell'apice sinistro, dolore che si accentuava nei movimenti di lateralità e di inclinazione del capo: mancano sintomi obbiettivi. (2° tipo classificazione Staffieri).

Per siffatti disturbi le pazienti sono ricorse all'ausilio di diversi sanitari, tanto più che erano, come esse mi riferiscono, ossessionate dal dubbio di avere un'affezione polmonare.

Ed a quante cure ricostituenti per bocca e per iniezioni sono state sottoposte perchè, senza far torto ai medici che le visitarono, il giudizio diagnostico era indirizzato verso la sospetta affezione polmonare, nè alcun medico era ricorso al sussidio Röntgen.

Ed io, dico la verità, sulla base dei dati clinici non abbastanza chiari rimasi un po' perplesso e consigliai l'esame radiologico.

All'esame radioscopico non si trovò nulla a carico degli apici polmonari, mentre si notò la presenza di queste coste cervicali, che furono poi constatate meglio all'esame radiografico.

Nelle pazienti che io presento all'infuori del dolore, unico sintomo soggettivo, non si apprezza obbiettivamente alcuna deformità a carico di queste ossa. È indubbio che nei soggetti da me esaminati, il reperto di coste cervicali soprannumerarie sia esatto e che non si tratti di uno spostamento di parti come bene ho potuto accertarmi con l'esame radioscopico e radiografico di tutto il torace.

In questi soggetti, dei quali ho riferito la sintomatologia, si ricavano dei dati che collimano con quelli citati da altri AA.: ho voluto presentarli per aggiungere un contributo all'argomento, tanto più che la presenza di coste totali unilaterali sono, almeno dalla letteratura, meno frequenti dei casi di bilateralità.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce due casi di settima costa cervicale sinistra, rivelati dall'esame radiologico; unico sintoma accusato era il dolore nella zona dell'apice polmonare corrispondente, accentuantesi nei movimenti di lateralità e d'inclinazione del capo; la diagnosi era stata a lungo indirizzata verso una affezione polmonare.

COMMENTI

Urobilinuria e ipertensione portale.

Ill.mo Sig. Direttore del *Policlinico*.

In un bellissimo lavoro del prof. Melli della Scuola del Frugoni, « Ricerche sull'urobilinuria e sull'ipertensione portale » in *Policlinico*, S. M., n. 12, 1929, si legge:

« Tale interpretazione (leggi sull'urobilinuria fisiologica) io l'avevo già affacciata anni addietro immaginando che parte del bilinogeno riassorbito nell'intestino sfuggisse al controllo epatico, sia per esser convogliato per collaterali portali direttamente nella cava, saltando la barriera epatica, sia passando per quei ramuscoli portali, che recenti studi anatomici hanno dimostrato continuare direttamente attraverso il parenchima del fegato, senza in esso capillarizzarsi, con ramuscoli sopraepatici e anche per le vie linfatiche ».

Ora nelle Istituzioni di Fisiologia del dott. Salvatore Tommasi, prof. di Clinica Medica a Pavia, pubblicate dall'Unione Tipografica di Torino 1860, a pagina 390 l'A. dice:

Anche nel fegato ha luogo una doppia disposizione dei vasi per la doppia circolazione: vuol dire, oltre alla circolazione capillare, che provvede alla secrezione; ci sono dei rami venosi della porta di un certo calibro, i quali senza immergersi nella rete secretoria, comunicano direttamente coi rami delle vene epatiche.

Quando l'organo è in riposo bisogna credere che la circolazione collaterale le serva a supplire in parte la capillare.

Modena. T. SILVESTRI.

LEZIONI.

I fattori psichici nei disordini cardiaci.

(L. A. CONNER. *Journal American Medical Association*, 15 febbraio 1930).

La conoscenza dei fattori psichici nei disordini cardiaci ha molta importanza per il pratico in quanto vi sono molti disturbi dell'attività cardiaca che ripetono la loro origine da fatti puramente emotivi, e vi sono cardiopatie organiche il cui quadro clinico può essere deformato da reazioni psichiche. Lo stato mentale ha un'influenza notevole nella produzione e nel mantenimento di disordini cardiaci, e reciprocamente le affezioni cardiache possono determinare disordini mentali. E ciò a prescindere dalle vere psicosi di natura tossica o da esaurimento che talvolta accompagnano le gravi cardiopatie, e da quel particolare stato mentale caratterizzato specialmente dalla grande instabilità emotiva che presentano fin dall'infanzia alcuni individui affetti da stenosi mitrale.

È ben noto che le emozioni hanno una influenza diretta sulle funzionali somatiche eser-

citata attraverso il sistema nervoso vegetativo e senza che di solito se ne abbia consapevolezza. Come esempio di effetti secretori può essere ricordato l'aumento del flusso della saliva e del succo gastrico con la vista di una vivanda appetitosa; e come esempio di effetti motori sulla muscolatura del tratto intestinale, il vomito eccitato dalla vista di qualche cosa di nauseante e la diarrea prodotta dalla paura o dall'angoscia. L'influenza sulle pareti vasali è dimostrata dall'arrossamento che accompagna lo stato d'imbarazzo ed il pallore prodotto dallo spavento. I rari ma autentici casi d'ittero prodotti da emozioni violente si spiegano con la costrizione spastica dello sfintere di Oddi. L'influenza dello stato psichico sull'azione cardiaca è provata dalla tachicardia, dalla palpitazione, dai dolori precordiali prodotti dagli spaventi improvvisi o dall'angoscia violenta.

Le neurosi possono distinguersi in due categorie: 1) quelle nelle quali i sintomi dipendono principalmente o completamente da un disturbo psichico (le psiconeurosi) e sono caratterizzate da fobie, apprensioni, angoscia, indecisione e depressione; 2) quelle nelle quali i sintomi sono dovuti a disordini della funzione di una o più glandole endocrine (le così dette neurosi organiche o vegetative).

Ci sono pazienti che hanno l'ossessione di essere malati di cuore senza avere alcun segno di cardiopatia, e pazienti con sintomi e segni evidenti di affezioni cardiache senza avere alcuna apprensione o paura. Quando però il disordine persiste per qualche tempo si hanno ambo i tipi di sintomi che agiscono fra loro a mo' di circolo vizioso aggravandosi reciprocamente.

La reazione psichica in caso di cardiopatia è generalmente più violenta e più persistente di quando si ha in affezioni di altri organi. E ciò perchè le malattie cardiache danno la convinzione di provocare la morte improvvisa. Questa è forse la ragione perchè le neurosi cardiache sono più frequenti e più allarmanti di altre neurosi viscerali.

Le funzioni organiche sono sotto il controllo del sistema nervoso vegetativo che regola il loro equilibrio con un meccanismo acceleratore ed inibitore, che è in parte suscettibile alle influenze psichiche. Disturbi transitori di questo equilibrio si hanno anche in individui normali come reazioni od eccitazioni psichiche. Nei soggetti neurotici la reazione del sistema autonomo agli stimoli psicogeni è esagerata o comunque sproporzionata per intensità e durata. Si parla di ipersensibilità o di squilibrio del sistema autonomo.

Non sempre riesce di scoprire l'elemento psichico provocatore della neurosi cardiaca. E quando si può senz'altro escludere l'etiologia tossica o infettiva, bisogna ammettere che il fattore psichico incosciente sia subcorticale, della zona automatica dove persiste come « memoria organica ».

Gli stimoli psichici capaci di provocare disturbi neurotici del cuore possono così raggrupparsi:

1) Quelli derivanti dagli esami medici. L'indugio sull'esame del cuore o il dubbio espresso dal medico circa l'esistenza di qualche disordine cardiaco (come talvolta avviene nelle visite per l'assicurazione sulla vita) provoca da parte dell'esaminato una reazione emotiva che determina disturbi cardiaci.

2) Quelli dipendenti dal fatto che tra i parenti o amici si è verificato un caso drammatico di cardiopatia (con morte improvvisa).

3) Quelli derivanti dalla comparsa di qualche sintomo che richiama l'attenzione sul cuore e provoca il dubbio della sua integrità. Si tratta di balzi improvvisi, di fitte, di dolenzie oppure di palpitazione o affanno dopo qualche sforzo. Questi disturbi si verificano per lo più durante la convalescenza di malattie acute, come l'influenza, o in seguito all'uso smodato di tabacco o caffè.

4) Quelli derivanti da patemi d'animo o stato d'angoscia prolungato. Queste forme si ebbero numerose durante la guerra e furono descritte con il nome di cuore da soldato, sindrome da sforzo o astenia circolatoria.

I sintomi delle neurosi cardiache sono prevalentemente subiettivi, e vanno da un leggero senso di costrizione, di pressione o di puntura fino al dolore anginoso con le sue caratteristiche diffusioni alle braccia, al collo, al dorso. Spesso le sensazioni si riferiscono al battito cardiaco e sono descritte come palpitazioni, agitazioni, o senso di pulsazione alle tempie ed alle orecchie. Talvolta si ha una sensazione particolare come se il cuore non battesse più. Un altro sintomo molto comune costituisce la sensazione di mancanza di respiro, l'impossibilità di respirare liberamente, senza che vi sia un'effettiva dispnea dopo gli sforzi.

Nelle forme neurotiche il dolore ha caratteri particolari che lo fanno distinguere da quello della vera angina pectoris. Raramente è riferito alla regione retrosternale: di solito è localizzato alla regione della punta o alla metà sinistra del precordio. Per lo più si tratta di un dolore puntorio, che non il carattere costrittivo, angoscioso spasimante del dolore anginoso. È raro che sia in relazioni a sforzi fisici, anzi è più facile che si abbia quando il paziente riposa tranquillamente. Tuttavia se è facile distinguere il dolore neurotico da quello delle affezioni organiche, la diagnosi differenziale non è sempre agevole quando esso è dato da lesioni coronarie non rilevabili all'esame clinico.

Tra i sintomi obiettivi più comuni vanno ricordati le modificazioni della frequenza del polso e la concitazione cardiaca. Per lo più si ha tachicardia, ma può aversi anche la bradicardia. Con la tachicardia si ha una concitazione con scuotimento di tutta la regione precordiale. I battiti prematuri a tipo ventricolare sono frequenti anche quando si può

escludere l'azione tossica del caffè e del tabacco. L'eccessiva labilità vasomotoria si estrinseca sotto forma d'improvvisi arrossamenti del volto in seguito ad emozioni anche leggere.

Nei casi particolari di cuore da soldato oltre i sintomi subiettivi già indicati si ha tachicardia, palpitazione, pulsazione delle arterie visibili, dolore precordiale, esauribilità e dispnea ad ogni sforzo, tremori, sudorazione e cianosi delle mani.

Le affezioni organiche del cuore determinano quasi sempre uno stato di apprensione, di preoccupazione e di paura. Tuttavia anche nelle cardiopatie leggere con scarsi sintomi si possono avere reazioni emotive che dominano il quadro clinico e domandano la maggiore considerazione. La distinzione tra i disturbi che sono una legittima conseguenza della cardiopatia e quelli che sono l'espressione di uno stato psichico morboso per sè stesso, richiedono molto studio ed esperienza da parte del medico.

L'associazione di questi disturbi si incontra in pazienti di tutte le età, in ragazzi con affezioni cardiache reumatiche, in donne neurotiche con stenosi mitralica anche lieve ed in individui anche maturi che sanno di essere affetti da ipertensione.

La profilassi di questi disturbi nervosi consiste essenzialmente nel nascondere ai pazienti la esistenza della lesione cardiaca o quanto meno di sminuirne l'importanza. Sopra tutto bisogna evitare di ricordare ai ragazzi ed ai giovani di essere malati di cuore, il che si fa troppo spesso per proibir loro questo o quello esercizio o per raccomandargli la moderazione.

Il paziente deve essere in ogni caso rassicurato ed incoraggiato. Si deve comunque evitare di far credere al malato che le sue sofferenze sono ritenute immaginarie. Ciò produrrebbe un'immancabile reazione, confermerebbe il paziente nell'importanza dei suoi disturbi, e farebbe, d'altra parte, perdere l'indispensabile fiducia nel medico. Bisogna rassicurare il paziente non a parole ma con i fatti, dimostrandogli che i disturbi cardiaci migliorano anzi che peggiorare con gli esercizî e con gli sforzi. Assicurare il paziente che il suo cuore è normale e nello stesso tempo imporgli delle restrizioni, costituisce una contraddizione facilmente rilevabile e che toglie ogni credito alle affermazioni del medico.

Gli esercizi fisici oltre a rassicurare il paziente giovano a rafforzare l'organismo, a rendere il cuore meno irritabile e meno suscettibile agli stimoli psichici.

Deve essere evitato l'uso delle medicine a meno che non ve ne sia impellente necessità. Non si devono assolutamente dare i vari tonici cardiaci, come ad es., la digitale, che in effetti non giovano e che confermerebbero il paziente nell'opinione di essere un cardiopaziente. Si può eventualmente, ma mai in modo continuativo, ricorrere ai sedativi, come ai bromuri, al luminal e simili.

Il caffè ed il fumo devono essere proibiti solo nel caso che si abbia la fondata presunzione che i disturbi nervosi siano in rapporto con il loro uso. In ogni caso si deve consigliare di non abusarne.

Il riposo a letto, i bagni, i massaggi devono essere consigliati con prudenza per evitare che abbiano sfavorevoli effetti sulla mente del paziente.

DR.

SUNTI E RASSEGNE.

TISIOLOGIA.

Sulle cause della cronicità della tubercolosi.

(J. AUCLAIR. *La Presse médicale*, 1930, n. 12).

È nozione corrente che la tubercolosi ha una durata, per così dire, illimitata. Ma quale è la vera causa di questa cronicità? E, per meglio dire, quale è la parte che in questa durata spetta al bacillo e quale all'organismo che ne sono i due fattori?

Per quanto riguarda il bacillo non si può attribuirgli eccessiva importanza: non si può invocare la sua costituzione fisico-chimica per ammettere la sua permanenza, ad es., la sua costituzione adipocerea che ipoteticamente formando intorno al bacillo un involucro impermeabile lo isolerebbe dall'organismo. Una tale ipotesi urta contro importanti punti di microbiologia: l'istologia generale mostra che nessuna cellula è completamente avviluppata da grassi, ed inoltre come può un essere vivente, completamente indipendente, vegetare e moltiplicarsi se è isolato? Una membrana di tal genere impedirebbe certamente la penetrazione nel microbo sia delle sostanze utili che nocive.

Si dice che il bacillo di Koch è difficile ad essere distrutto. Ma siamo forse meglio armati contro streptococchi, stafilococchi, ecc.? Secondo noi, il b. K. sembra dotato di proprietà speciali di resistenza solo perchè gli organismi che ad esso sono sensibili, non dispongono di mezzi di difesa, per qualità e quantità, sufficienti a distruggerli: un b. aviario inoculato agli uccelli ne causerà la morte, in un cane, sarà distrutto. Tutto avviene qui per la presenza o meno delle sostanze difensive: in ultima analisi la resistenza del bacillo è la risultante del terreno, al quale va riferito il carattere di cronicità che la tbc. assume.

In favore di questo punto di vista esistono due fatti capitali: uno clinico, ed è l'osservazione che nessuno ha mai visto un tifo, un morbillo, una difterite, un vaiuolo, divenire infezioni croniche. Nel corso di queste infezioni si sviluppano nell'organismo mezzi tali di difesa da portare alla distruzione del germe

causa della malattia. Altro fatto è sperimentale: se inoculiamo b. K. umani in un uccello, la tubercolosi non si sviluppa, i bacilli sono distrutti dall'organismo con i propri mezzi. Nessun dubbio perciò che se in diversi individui la tubercolosi assume un andamento diverso ciò si deve al diverso comportamento del terreno, e se in un caso vi è distruzione di germi, diremo che vi è stata la vaccinazione, se non si è avuta, vorrà dire che è mancata la vaccinazione: e così vi è vaccinazione nel morbillo, nel vaiuolo, nel tifo, ecc., vi è vaccinazione nell'uccello contro il b. K., ma non vaccinazione individuale, ma vaccinazione trasmessa ereditariamente, immunità trasmessa dalle antecedenti generazioni; vi è evoluzione cronica della tubercolosi nell'uomo perchè, allo stato attuale, l'uomo non ha la possibilità di vaccinarsi automaticamente contro la malattia. Pertanto si differenzia la tubercolosi dalle altre malattie per il fatto che non vaccina; ma se la tbc. non vaccina, secondo Auclair, è possibile vaccinare contro la tbc.: cioè si può farla rientrare nell'orbita delle malattie limitate. Secondo Auclair, per poter vaccinare è anzitutto indispensabile la esistenza di un vaccino, ed in secondo luogo, di elementi cellulari sui quali portare la sua azione; il vaccino stesso è formato di due parti: una fornitagli dal microbio, l'altra presa dall'organismo animale. Se la tbc. è una malattia cronica, ciò è dovuto all'assenza di vaccinazione, e se non si vaccina contro questa malattia, gli è perchè il b. K. non trova nell'organismo la sostanza necessaria che combinandosi con il microbo porta a conferirgli la proprietà di formare un vaccino.

L'assenza della vaccinazione si concilia con i miglioramenti, con le remissioni, e con le guarigioni della tbc. supponendo che, per eccezione alla regola, il bacillo trova talora nell'organismo le sostanze delle quali ha bisogno per dar luogo al vaccino, abbenchè questa ipotesi non si trovi d'accordo con taluni fatti sperimentali: ovvero si potrebbe ammettere si tratti di una insolita eccitazione di una immunità preesistente e sonnecchiante. Nella funzione di difesa dell'organismo la parte essenziale, secondo Auclair, sarebbe esplicata dal pancreas: una secrezione speciale del pancreas stimolata o inibita da tutte quelle cause che hanno influenza sul funzionamento della ghiandola. MONTELEONE.

Le perifreniti tubercolari primitive.

(P. CHEVALLIER. *Archiv. méd. chir. de l'appar. respirat.*, 1929, n. 3).

Come p. t. Loeper designò la tubercolosi secca, primitivamente ed essenzialmente localizzata ai due rivestimenti sierosi del diaframma: l'osservazione era dedotta da sei casi personali (con una autopsia), e da sette altri casi. Sono le p. t. p. ben individualizzate sia dal punto di vista anatomico che clinico ed evolutivo. Anatomicamente si mostrano con strati lardacei che rivestono le due facce del diaframma. Clinicamente si notano per il loro inizio nevralgico, per la loro sintomatologia addominale e specialmente gastrica, per la speciale cachessia finale. L'evoluzione sottoendoteliale e la predominanza del processo produttivo sull'essudativo, sono così marcati che nessun versamento pleurico o peritoneale sopravviene nel corso dell'evoluzione. Ai casi di tale malattia finora conosciuti, altri ne aggiunge l'A. ed un'altra autopsia.

L'inizio della malattia è segnato da dolori: intercostali o agli arti, o gastrici, o colici, ecc.; dolori vaghi, difficili ad essere precisati. Indi passa tempo più o meno lungo o molti anni, con stato generale soddisfacente: il malato non si presenta mai come un tubercoloso.

Nel periodo di stato gli accidenti dominanti sono gastrici: dolori epigastrici, vomiti alimentari, dolori tardivi o precoci rispetto al pasto, continui od accessuali, senza alterazione radioscopica dell'esofago. Lo stato generale si altera rapidamente giungendo alla cachessia tubercolare, con pallore, ipotensione, febbre moderata, astenia, dimagramento, nel mentre continuano o ricompaiono i dolori. Un segno utile è la posizione a cane di fucile che prende il malato se giace in letto o la deambulazione quasi piegato in due. Stipsi, dolenzia in tutto un fianco a livello delle costole inferiori. In nessun caso sono stati riscontrati dolenti i bottoni diaframmatici. A carico del torace piccola tosse secca, integrità degli apici e dell'ilo, segni di pleurite basale, ai raggi X integrità dello stomaco e del grosso intestino, non versamento pleurico, oscurità del seno, immobilità del diaframma dal lato malato, spesso diaframma ondulato.

L'evoluzione è progressiva, cronica, con poussées irregolari di miglioramento: possono schematizzarsi cinque fasi: iniziale dolorosa, poi nevralgica, addominale, gastrica, cachettica. L'evoluzione è lunga, per anni. È possibile la guarigione. La morte è determinata sia dall'intolleranza gastrica, sia dall'estensione della tubercolosi o per via sanguigna o per via linfatica. La tubercolizzazione terminale è minima: il numero e l'importanza delle lesioni sono assolutamente o relativamente moderate.

Il tipo più caratteristico di p. t. è la p. secca terminata da cachessia tubercolare con una sindrome generale, una sindrome nervosa, ed una sindrome baso-pleurale. A seconda gli incidenti ed i sintomi dominanti si possono descrivere delle forme nevralgiche, gastriche, addominali, pseudo appendicolari, renali, epatiche, ecc. Ma in realtà la sintomatologia è sempre addomino-basotoracica, laterale destra o laterale sinistra.

Nella diagnosi, se il malato è nel periodo terminale, tener presenti: lo stato febbrile mo-

dico, la cachessia intensa, l'intolleranza gastrica, l'oscurità di una base polmonare.

Anatomo-patologicamente domina il fatto che le p. t. p. non sono essudative, e che non esistono false membrane. Le lesioni sono costituite da strati tubercolosi spessi, bianchi, a superficie liscia, che rivestono le due faccie del diaframma ed essenzialmente localizzate al diaframma. La tubercolosi della p. è coriale interstiziale, con tendenza caseoso-fibrosa: il processo è lo stesso di quello che si verifica nella sinfisi tubercolare pericardica, ed è con certe varietà di tbc. del pericardio, dell'intestino, della pelle che la p. t. p. si identifica. In essa si trovano scarse cellule giganti, scarsi bacilli: si tratta forse di virus attenuato? Ad ogni modo la prognosi è sempre oscura.

MONTELEONE.

Considerazioni sulle associazioni della tubercolosi e della gangrena polmonare.

(ROCH e G. BICKEL. *Revue Méd. de la Suisse Romande*, n. 1, genn. 1930).

La patogenesi della gangrena polmonare si è chiarita nella importanza riconosciuta dei germi anaerobi o fuso-spirillari; ma l'etiologia non ha fatto gran passi, sopra tutto conosciamo male le modificazioni parenchimatose locali che preparano il terreno ai microbi dell'infezione putrida.

Mentre i tessuti polmonari sono facilmente preda di germi aerobi (b. di Koch e pneumococco), offrono molta resistenza agli anaerobi della putrefazione, che colpiscono quasi esclusivamente dei polmoni anteriormente lesi.

Come alterazioni locali predisponenti si considera quasi solo la dilatazione dei bronchi. Si ha invece l'abitudine di non attribuire alla tubercolosi, affezione necrosante per eccellenza, che un ufficio ben modesto nella genesi dei fatti gangrenosi.

Nei trattati la coincidenza tra gangrena polmonare e tubercolosi è considerata una rarissima eccezione.

Da qualche anno si tenta di reagire a questa concezione.

Renaud per primo pubblicò un caso in cui l'autopsia dimostrò nel lobo superiore destro delle caverne gangrenose multiple scavate in un blocco epatizzato abbondantemente infiltrato di tubercoli. Numerosi casi simili vennero poi segnalati qua e là e il problema della frequenza dell'associazione tubercolosi-gangrena, e dell'azione predisponente della prima sulla seconda fu posto in tutta la sua completezza.

Gli AA. ritengono che questa associazione non sia così eccezionale come pretendono i classici.

Essi hanno studiato questo problema compulsando le schede di 4806 malati morti negli ultimi 25 anni per affezioni polmonari nella clinica medica di Ginevra: non trovarono tra questi che 16 casi di associazione gangrena-tubercolosi.

Basandosi sulla modalità speciale di questa associazione essi dividono questi casi in 4 gruppi.

1) La gangrena polmonare benchè sopraggiunta ad una tubercolosi più o meno antica dipende da una patogenesi completamente estranea alla bacillosi del polmone e l'associazione non ha che il valore di una semplice coincidenza. In questo gruppo essi descrivono solo 4 casi. In uno alla tubercolosi si associò cangrena per apertura nella pleura di un cancro ulcerato dell'esofago, in un altro per un ascesso pottico perforato nell'esofago; in un terzo per una polmonite lobare genuina che si trasformò in cangrena, e nel quarto si ebbe cangrena della base, del tutto indipendente dalla tubercolosi apicale, forse per deglutizione alterata a causa di una concomitante tubercolosi del laringe.

2) La gangrena polmonare è risultata dalla estensione al parenchima polmonare di una infezione putrida consecutiva a delle dilatazioni bronchiali o a una bronchite fetida che accompagna la tubercolosi polmonare. Gli AA. hanno osservato cinque casi del genere del tutto identici, e ritengono questo uno dei casi più frequenti. Si tratta qui ancora di una relazione assai indiretta tra le due forme, ed i due processi non mostrano alcuna tendenza a compenetrarsi.

3) La gangrena polmonare si sviluppa in pieno focolaio tubercolare, e realizza una vera simbiosi tubercolo-gangrenosa. È certo il gruppo dal punto di vista patogenetico più importante, ma che comprende dei casi in realtà assai complessi.

In alcuni casi si tratta di gangrena circoscritta della parete di caverne generalmente voluminose che si ha per lo più come complicazione in casi avanzati della tisi.

Si tratta, evidentemente, di una specie di fallimento terminale di un organismo marantico che si lascia invadere dai germi della putrefazione.

Più interessanti sono i casi in cui la gangrena si aggiunge a una polmonite caseosa di cui aumenta e accelera il lavoro necrosante. È probabile che queste forme intricate a evoluzione iperacuta non siano il risultato di una semplice coincidenza.

4) La gangrena polmonare costituisce l'alterazione primitiva e la tubercolosi non si sviluppa che molto più tardi. Gli AA. hanno per questo gruppo una sola osservazione. Un uomo che a 21 anni sofferse una gangrena del lobo inferiore del polmone di sinistra e che guarì. Dopo 20 anni morì per tubercolosi polmonare cronica. L'autopsia dimostrò una massa fibrosa (del lobo inferiore) di 6 cm. di spessore, residuo della antica gangrena, che era completamente invasa da tubercoli e par-

zialmente caseificata; come, d'altra parte, tutto il parenchima polmonare vicino.

Da tutte queste osservazioni si conclude: che la associazione della tubercolosi e della gangrena polmonare non è così eccezionale come si crede abitualmente: da ciò non si deve senz'altro ammettere una parentela patogenetica certa e costante tra le due affezioni. Gli AA. anzi affermano che, a dispetto del gran numero delle osservazioni cliniche sembra loro che esista tra la tubercolosi e la gangrena del polmone un antagonismo reale. Le cose accadono come se il b. di Koch difendesse con energia il terreno che esso ha conquistato.

L. TONELLI.

SISTEMA NERVOSO.

Diagnosi dei tumori cerebrali.

(M. DE MARTEL. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, t. LV, n. 35, 28 dic. 1929).

L'A. riassume le nozioni essenziali, che secondo la sua esperienza, possono facilitare la diagnosi dei tumori intracranici. Innanzi tutto egli fa presente l'importanza notevole dello esame oftalmologico e della misura del campo visivo per la localizzazione dei tumori intracranici. Una lesione situata a livello del chiasma provoca una emianopsia bitemporale e spesso un'atrofia ottica primitiva. Le lesioni situate indietro del chiasma tra il chiasma ed il ganglio genicolato, sulla bandeletta, causano un'emianopsia laterale omonima ed un'atrofia ottica primitiva. Le lesioni delle vie ottiche in dietro del ganglio genicolato provocano un'emianopsia laterale omonima, che, nelle lesioni profonde della parte anteriore del lobo temporale, è spesso un'emianopsia in quadrante superiore, almeno al principio.

Da quanto innanzi si può desumere che la regione temporale non deve essere considerata come una regione muta. Di poi fa notare la frequenza dei tumori intracranici, che risiedono a livello o al disopra della sella turcica, e la facilità della loro diagnosi, per i rapporti col chiasma ottico e con l'origine dei nervi ottici. Essi provocano un'emianopsia bitemporale ed un'atrofia ottica primitiva.

I tumori che risiedono a livello della sella sono di 3 specie:

a) l'adenoma dell'ipofisi; *b*) la tasca di Ratke; *c*) il meningioma sopra sellare.

Radiograficamente si può precisare a quale specie appartiene il tumore. Infatti l'adenoma dell'ipofisi dà una deformità della sella turcica; inoltre esso si vede nell'infanzia e nella preadolescenza, accompagnandosi a modificazioni somatiche, riferibili alla sindrome di Frölich od a quella acromegalica.

Nella tasca di Ratke radiologicamente si constata che la sella turcica è normale o modificata, ma al disopra della sella turcica si nota una concrezione calcarea più o meno grossa e che può anche essere enorme. Di solito tale malattia si ha nell'infanzia o nella preadolescenza.

Nel meningioma sopra-sellare la sella turcica si presenta normale e non si vede niente altro; qualche volta nel centro del meningioma si vede una concrezione calcarea, che la fa confondere con la tasca.

Inoltre l'A. mette in rilievo la importanza dei primi sintomi per la localizzazione dei tumori intracranici. Così la sordità pei tumori dell'VIII paio; il dolore nel territorio del mascellare superiore dovuto a meningioma sviluppatosi all'incirca della fessura sfenoidale e del seno di Buchet ecc.

Infine fa presente la esistenza di tumori intracranici a sede, struttura e sintomatologia sempre identica. Così il meningioma del seno olfattivo con la sua sindrome; il meningioma della piccola ala dello sfenoide; il tumore del verme mediano nei bambini; i tumori dell'acustico.

De Martel a conforto di tali concetti aggiunge otto osservazioni personali. JURA.

Sulla decompressione nei tumori della fossa cranica posteriore.

(GULEKE. *Arch. Klin. Chir.*, 1929).

La mortalità nelle operazioni per tumori della fossa cranica posteriore è superiore alle localizzazioni cerebrali. Le cause principali ne sono emorragie imponenti che insorgono ancora prima dell'apertura della dura e alterazioni respiratorie che per lo più portano rapidamente a morte il paziente. Quali i rimedi? Oggi il pericolo dell'emorragia è quasi scomparso per la tecnica migliorata, l'anestesia, ecc. e al massimo può temersi una emorragia dalla sede tumorale dopo asportazione del tumore, anche questa però è di solito domabile.

I disturbi respiratori sono dunque in prima linea. Possono essere dovuti a traumatismi accidentali nel cervelletto durante lo scoprimento del lembo, ma anche questi si possono evitare con la tecnica della cranio-decompressione definitiva. Restano in discussione quelli che insorgono dopo l'apertura della dura e che possono essere assimilati ai casi di morte che si hanno nei tumori cerebellari, dopo una semplice puntura lombare. La causa potrebbe consistere in un disturbo del circolo, specie linfatico, dovuto allo spostamento del cervelletto. Ma un edema, una emorragia da stasi non possono dare la morte improvvisa, possono spiegare solo l'esito letale nei casi che vengono a morte alcuni giorni dopo l'intervento.

Nella genesi delle complicazioni entrano in giuoco due fattori: la compressione da parte del tumore e gli spostamenti di posizione, le pressioni e le trazioni sulla sostanza cerebrale determinate dall'intervento.

Nei casi a localizzazione pontina, midollare, ventricolare, il cervelletto viene schiacciato

posteriormente e in basso in modo da determinare una compressione sul midollo allungato. Compiuta la decompressione la parte rimasta libera del cervelletto viene spinta posteriormente mentre la parte inf., per un movimento opposto, va ad aumentare la compressione sul midollo allungato e quindi sui centri vitali. Questo è il meccanismo più frequente delle paralisi improvvise del respiro, meccanismo che spiega le morti improvvise dopo puntura lombare in casi di tumori del cervelletto.

Per evitare questi inconvenienti si cercherà di ottenere una riduzione della pressione intracranica prima dell'intervento, con iniezioni endovenose di soluzione ipertonica di cloruro sodico e clismi di solfato di magnesio. La puntura del ventricolo laterale corno posteriore dà una decompressione di alto grado, ma può essere pericolosa in alcuni casi.

La tecnica operatoria deve essere molto accurata e si devono evitare le manovre brutali. A evitare la compressione sul bulbo bisognerà asportare prima dell'apertura della dura, oltre al margine posteriore del foro occipitale, l'osso posteriore dell'atlante e talvolta un tratto dell'epistrofeo. La cranio-decompressione occipitale va fatta bilateralmente e completata anche sulla linea mediana. La dura viene ribattuta dall'alto al basso. Se si opera in due tempi, nel primo tempo non si dovrà aprire la dura; se questa è stata aperta e insorgono fenomeni gravi, di solito solo la continuazione dell'atto operativo e l'asportazione del tumore riporteranno il malato a condizioni normali.

VALDONI.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

N. FIESSINGER. *Anémies. Traitement par la méthode de Whipple.* Vol. in 16° di pag. 26. G. Doin, Paris, 1930. Fr. 8.

È un'esposizione pratica, delle conoscenze acquisite in pochi anni sull'uso e gli effetti della terapia epatica delle anemie.

L'A. non si sofferma a lungo su questioni di priorità e teoriche, ma fornisce i termini per l'applicazione utile del metodo. Si trovano descritte in questa rivista sintetica, cui porta anche un contributo di esperienza personale, tutte le maniere di somministrazione del fegato, che andranno volta a volta applicate a seconda della tolleranza individuale: sono specificati la preparazione, le dosi attive, ricordati i pochi casi di intolleranza e di controindicazione.

L'anemia perniciosa costituisce l'indicazione di elezione di questo trattamento, che si mostra attivo anche sui sintomi collaterali, però il metodo è risultato efficace, specie con ricerche della scuola francese, in molte altre forme di anemia: anemie gravidiche perniciosiformi, anemie acute febbrili, anemie leucemiche, anemie spleniche, post-emorragiche, tossiche, infantili, nella clorosi, ecc.

Ciò porterebbe a concludere per un'influenza non specifica del trattamento.

L'A. traccia quindi i segni che il medico deve sorvegliare per assicurarsi nel minor lasso di tempo dell'effetto favorevole della terapia epatica. Le leggi fondamentali che dimostrano l'attività del metodo possono così compendiarsi: 1) aumento rapido del numero dei gl. rossi granulofilamentosi; 2) aumento rapido del numero dei gl. rossi e del tasso emoglobinico (in ordine di tempo precede la reazione granulofilamentosa, poi l'aumento numerico dei gl. rossi, poi quello dell'emoglobina, quindi il valore globulare tende a diminuire); 3) miglioramento della sindrome clinica dell'anemia; 4) miglioramento o scomparsa delle « sindromi neuroanemiche ».

Nella valutazione degli effetti l'A. porta il suo notevole contributo personale e così pure per tentare di interpretare il meccanismo con il quale agisce il trattamento. Interessanti sono le ricerche che riguardano il forte valore terapeutico del fegato di animali anemizzati.

In complesso è un'insieme di fatti e di vedute di notevole utilità, perchè portano il lettore a giorno della questione e documentano l'efficacia del trattamento nei riguardi dell'anemia perniciosa ed invogliano a confermare gli effetti in altre specie di anemie. Per ciò che riguarda le ricerche italiane, bisogna constatare come esse siano state alquanto trascurate, specialmente quelle più anziane che riguardano la scuola del Castellino sull'impiego del fegato nella cura delle anemie, e non è ricordata la teoria della scuola di Ferrata sulla istogenesi dell'anemia perniciosa che porta ad un'altra

fondata ipotesi sul meccanismo d'azione del trattamento epatico dell'anemia perniciosa. Nel concludere l'A. consiglia di giudicare spassionatamente il valore del metodo, poichè egli come già altri AA., ha osservato con una certa frequenza minor attività del trattamento nelle ricadute fino ad aversi una risposta pressochè nulla.

Per quanto riguarda il concetto informatore di questo genere di pubblicazioni a scopo eminentemente diffusivo, bisogna convenire sulla utilità pratica del programma che si intende svolgere sotto la direzione del prof. Sergent.

R. GOSIO.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Pratica urologica. (Conclusioni dedotte dallo studio di oltre 14.000 osservazioni) redatto a cura dei dottori LASIO, PISANI, DI MAYO, WIGET. Milano, R. Clinica Urologica, 1929. Prezzo: L. 200.

È un bel volume di circa mille pagine, riccamente illustrato con figure originali, che, come dice il nome, rappresenta le conclusioni che si possono trarre dalla pratica di 14.000 osservazioni, fatte nella Clinica Urologica della R. Università di Milano, magistralmente diretta dal prof. G. B. Lasio. Lo scritto ha un valore eminentemente pratico, che può e deve interessare non solo lo specialista di malattie urinarie, ma anche il chirurgo generale. Ogni argomento è tratto si può dire dalle conclusioni di un gruppo di casi osservati, brevemente riferiti e ottimamente illustrati, per cui la trattazione riesce piacevole ed interessante. Vengono così passati in rivista tutti gli argomenti, per ognuno dei quali può trovarsi sempre qualche cosa di nuovo e di originale, che si cercherebbe invano sui trattati classici. L'opera preceduta da una prefazione del Lasio sulla storia, organizzazione e funzionamento generale della divisione urologica, merita di essere segnalata al pratico e allo specialista.

LOZZI V.

F. WIDAL, P. ABRAMI, A. LEMIERRE. *Pathologie des reins.* (Vol. XVII: *Nouveau Traité de Médecine*). Vol. di pagg. 1000 con 100 fig. e 3 tav. a colori. Masson & C. Paris, 1930. Frs. 125.

In questo volume del magnifico Trattato di Medicina francese, il nome di Widal domina nella trattazione degli argomenti in esso contenuti: la patologia renale infatti fu quella che per ben 25 anni appassionò il grande scienzato e ad essa Egli dedicò lunghe ricerche e laboriose osservazioni, unitamente agli amici e fedeli allievi Lemierre, Abrami, Pasteur Vallery-Radot.

L'opera di Widal quindi, per quanto concerne la patologia renale, è considerevole.

Il volume s'inizia con un capitolo sull'anatomia e sulla fisiologia dei reni, dopodichè gli AA. entrano senz'altro nell'argomento delle nefriti, che trattano seguendo un piano logico e cioè dapprima le grandi sindromi (sindrome urinaria, da ritenzione azotata, da ritenzione clorurata, sindrome cardio-vascolare), poi i metodi di esplorazione funzionale, l'etiologia, l'anatomia patologica, la clinica, la terapia, dimostrando continuamente come la fisiopatologia e gli esperimenti permettano d'interpretare spesso molti fatti clinici.

Dopo le nefriti gli AA. passano successivamente in rassegna gli Ascessi Miliari, le Perinefriti suppurate, le Pielonefriti, la Tubercolosi renale, la Sifilide renale, l'Amilosi, la Litiasi, il Cancro; infine con capitoli separati ed ordinatamente, sono trattate le Anurie, le Poliurie, le Ematurie, le Albuminurie, le Piurie, le Lipurie.

Particolare studio poi gli AA. hanno rivolto all'Emoglobinuria (e. parossistica ed e. sintomatiche) e nel capitolo ad essa consacrato sono chiaramente esposte le concezioni alle quali Widal ed Abrami poterono giungere in seguito alle loro ricerche cliniche e sperimentali.

Le opere dedicate alle nefropatie abbondano nella bibliografia, ma questa di Widal, Lemierre e Vallery-Radot, occupa senza dubbio il posto d'onore che legittimamente le spetta.

A. POZZI.

CH. ACHARD. *L'oedème brightique.* Vol. in-8° di pagg. 220. G. Doin, Paris, 1930, Frs. 30.

Fra le diverse varietà di edemi, l'edema brigtico è quello nel quale l'influenza meccanica delle turbe circolatorie ha meno importanza delle modificazioni fisico-chimiche degli umori, le quali invece occupano un posto considerevole.

In questo volumetto l'A. espone metodicamente l'anatomia patologica dell'edema e la composizione chimica dei liquidi idropici, i caratteri clinici dell'edema brigtico con le sue localizzazioni particolari negli organi profondi.

Nel capitolo della terapia sono indicati dettagliatamente i vari regimi dietetici e le loro pratiche applicazioni.

Data la grande competenza dell'A., le cui ricerche personali hanno notevolmente contribuito alla questione patogenetica degli edemi, il libro riuscirà molto utile a chi voglia approfondirsi in questo argomento. A. P.

LUYS GEORGE. *Maladies des vésicules séminales.* G. Doin, édit. Paris, 1930. Frs. 50.

Il lavoro tratta sopratutto delle vesciculiti.

In una prima parte è esposta l'anatomia delle vescichette seminali illustrata da qualche figura originale, sono studiati i rapporti, la vascolarizzazione, l'innervazione e la struttura di esse, sono descritti in seguito i dotti ejaculatori ed il veromontano, del quale sono riprodotte delle buone immagini endoscopiche.

La seconda parte è dedicata alla fisiologia delle vescichette, mentre in una terza parte è

studiata la semeiotica di questi organi, col corredo di alcune radiografie concesse da Sicard e Belfied. Viene in seguito lo studio delle spermatocistiti, che è fatto veramente bene, specialmente la parte riguardante la cura, che rappresenta la parte più importante ed originale dell'opera. Viene trattata la questione del cateterismo dei canali ejaculatori in modo dettagliato e chiaro, ed impostata e risolta la questione del lavaggio delle vescichette per mezzo delle vie naturali.

La vesciculectomia per via perineale è trattata in un capitolo a parte da Pauchet, ed è corredata da numerose e belle figure.

Il resto della chirurgia delle vescichette è trattato in poche pagine, del tutto insufficienti per l'importanza dell'argomento. V. LOZZI.

STORIA DELLA MEDICINA

Machiavelli morì di appendicite?

Da qualche tempo sui nostri periodici l'appendicite ha, come si dice in gergo giornalistico, « una buona stampa »: si riesaminano i dati acquisiti, si riaccendono discussioni... C'è stato persino chi ha parlato di una « coscienza appendicolare » da creare nei medici e nel pubblico!...

A me sembra varrebbe la pena di fare una indagine retrospettiva sui misfatti dell'appendicite nella storia: quante vittime ha fatto l'appendicite fra le personalità più eminenti del passato? Quante morti repentine, e spesso attribuite a veneficio, furono invece l'epilogo di un improvviso e violento attacco di appendicite?

Una delle vittime più illustri dell'appendicite a me pare sia stata Niccolò Machiavelli. Almeno, tale è l'impressione che si riporta leggendo gli scarsi documenti che si riferiscono alla morte del Segretario fiorentino.

Il Giovio nel suo elogio degli uomini di lettere illustri, parlando della morte di Machiavelli, la attribuisce ad avvelenamento per un farmaco di cui egli faceva uso per premunirsi contro le malattie:

« ... *functus est, quum accepta temerè pharmaco, quo se adversus morbos praemuniret, vitae suae jocabundus illusisset* ».

Tale è anche la opinione del figlio Piero, che in data 22 giugno 1527 così partecipa la morte del padre a Francesco Nelli:

« Non posso fare di meno di piangere in dovervi dire come è morto il dì 22 di questo mese Niccolò nostro padre di dolori di ventre, cagionati da uno medicamento preso il dì 20 ».

Il Busini scrivendo al Varchi dice: « Appena si ammalò prese le sue solite pillole, e sentendosi molto aggravare raccontò quel tanto celebrato sogno ecc. ».

Il Varchi in una lettera familiare scrive: « il 20 giugno messer Niccolò Machiavelli è stato preso da dolori violenti », senza dare altri particolari.

Tutti dunque, salvo il Varchi, fanno accenno ad un medicamento, e precisamente ad alcune pillole di cui Machiavelli faceva frequente uso.

Di queste pillole io ho trovato una formula un poco diversa nei vari testi, e riferirò quella che viene trascritta nella lettera in cui Machiavelli ne invia la ricetta a Guicciardini (in data 17 agosto 1525) accompagnandola coi seguenti apprezzamenti (cito dalle *Lettere familiari* pubblicate per cura di Edoardo Alvisi. Firenze, edit. Sansoni, 1883):

« ... Io vi dico che elle me hanno risuscitato. Cominciate col pigliarne una dopo cena; se la vi muove non ne pigliate più, se non la vi muove due o tre, o al più cinque, ma io non ne presi mai più che due, et della settimana una volta, et quando io mi sento grave o lo stomaco o la testa... ».

Ecco la ricetta delle pillole:

Recipe:		
	Aloè patico	Dram. 1 1/2
	Camedrios	Dram. 1
	Zafferano	Dram. 1/2
	Mirra eletta	Dram. 1/2
	Brettonica	Dram. 1/2
	Pinpinella	Dram. 1/2
	Bolo armenico	Dram. 1/2

Di questi ingredienti, dei quali solo l'aloè è sostanza di una qualche reale efficacia terapeutica, è riferito diversamente il secondo: in alcuni testi *Camedrios*, in altri *Carman. Deos.*, e forse va interpretato *Cardamomum Dioscoridis*.

E la dose di aloè non è davvero eccessiva: una dramma e mezza, e cioè grammi 5,25 da dividersi in 25 pillole: pari a gr. 0,21 per pillola.

Già l'Artaud, che aveva fatto preparare queste pillole, le aveva trovate del tutto innocue, e al più lassative per effetto dell'aloè.

Il Baccarani, che ha fatto appunto oggetto di una comunicazione alla Società Medicochirurgica Anconetana (seduta del 19 luglio 1927) la causa della morte di Machiavelli riferisce: « Ho fatto confezionare queste pillole secondo la formula del Machiavelli, e ne è venuto fuori un pillolone grosso, anzi molto grosso... E le ho somministrate, tastandone un po' gli effetti, ad alcuni malati dell'Ospedale con risultato ottimo, e cioè con effetto lassativo discreto, senza provocar dolore ».

Ma io ho un forte dubbio che il « pillolone grosso, anzi molto grosso » (sfido io: il peso complessivo è di grammi 17,50!) fosse tale solo perchè la dose della ricetta era per 25 pillole e non per una pillola.

Comunque la esperienza fatta dal Baccarani col « pillolone » viene a buon punto, e cioè vale a dimostrare la assoluta innocuità degli ingredienti della ricetta, anche se ingeriti a dosi massime.

E allora si pone il quesito: Se il Machiavelli non è morto per avvelenamento dalle sue pillole (come hanno ritenuto i suoi contem-

poranei) quale è stata la malattia che lo ha condotto a morte?

Intanto già nei documenti citati è la prova che il Machiavelli prese le pillole a causa di un suo malessere preesistente: « *Appena si ammalò* » scrive il Busini « prese le sue solite pillole ».

Circa la malattia abbiamo pochissimi dati: si iniziò il 20 giugno 1527, fu accompagnata da violenti dolori addominali, e finì colla morte due giorni dopo.

La prima idea che si affaccia è che si tratti di una occlusione intestinale o di una peritonite acuta. Ma difficilmente una occlusione uccide in due giorni, e il caratteristico vomito infrenabile sarebbe stato probabilmente accennato da coloro che della malattia mortale parlarono.

Resta l'ipotesi della peritonite acuta, e a questa si attiene il Baccarani, che pensa « si sia trattato di una peritonite settica da perforazione » e ritiene possano essere incriminate « proprio le sue pillole... che prese forse in numero abbondante sono state causa di una perforazione intestinale. Purtroppo non sono punto rare le peritoniti da perforazione in soggetti sofferenti dello intestino, in seguito all'uso di purganti drastici ».

L'argomentazione non mi persuade.

Anzitutto il Machiavelli non pare fosse sofferente di intestino: spesso nelle sue lettere accenna alla sua ottima salute, e dice, fra l'altro: « sto bene del corpo, ma di tutte le altre cose male ». Due anni prima della morte, nella lettera al Guicciardini, accenna, come abbiamo visto, a lievi disturbi che fanno piuttosto pensare a una dispepsia nervosa, che egli cura colle pillole prendendole « quando mi sento grave lo stomaco o la testa ». Nulla mi sembra quindi che autorizzi la supposizione di una malattia organica dell'intestino.

Dunque: peritonite, sì, ma peritonite da perforazione di intestino malato, no. A meno che non si voglia pensare (ma allora si sconfina nelle ipotesi più arbitrarie) a una peritonite da perforazione di ulcera duodenale senza sintomi precedenti (!), o a un tifo ambulatorio con perforazione, o a perforazione di ulcera semplice del tenue o del cieco, ecc.

Molto più verosimile, sopratutto in ragione della frequenza, è l'ipotesi che si sia trattato di una peritonite appendicolare, che, come si sa, nelle sue forme più violente, può ben uccidere un paziente in due giorni. E in essa le pillole lievemente lassative non hanno alcuna responsabilità. Il Machiavelli iniziatosi il male prese le pillole avendo molta fede in esse (« me hanno risuscitato » aveva scritto egli nella sua lettera al Guicciardini), ma esse non potevano nè guarire nè aggravare una appendicite che in breve si delineava così terribilmente violenta da uccidere un uomo in due giorni.

Appare dunque verosimile che il Segretario fiorentino sia morto in seguito a un attacco di appendicite.

Gino Pieri.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 14 marzo 1930.

Presidenza: A. Ferrata, presidente.

Sopra un caso di « granulosis rubra nasi ».

G. Falchi. — L'O. ha studiato un caso di granulosis rubra nasi in individuo di 14 anni non ancora pubere, senza precedenti ereditari in condizioni generali buone con cutireazione positiva ma senza segni ghiandolari o viscerali di tubercolosi.

La dermatosi durava da molto tempo e con essa l'iperidrosi localizzata; l'aspetto della affezione cutanea era il solito. Alla regione del dorso e delle ali del naso si osservava cianosi, cute fredda, umidiccia e numerosi rilievi papuloidi. Dal lato istologico nulla all'epidermide, scarse lesioni vasali, preponderanza di alterazioni a carico dell'apparato sudorale, dilatazioni del lume, degli acini e dei dotti escretori, formazioni cistiche tanto di origine ghiandolare che tubolare. Ghiandole sebacee ipertrofiche ed abbondanti.

Nei riguardi dell'eziologia l'O. richiama l'attenzione sul fattore costituzione dell'individuo, sulla cianosi, sulle esagerate funzionalità delle ghiandole sudoripare e sulle reazioni chimiche del sudore. Ritiene che la g. r. n. non sia un'affezione t.b.c. della cute, ma che sia legata alla costruzione dell'individuo che nel caso in esame, ed in altri, era a tipo linfatico, ipotonico e ipervagale; a questo terreno riferisce la cianosi della regione nasale che unisce alla sindrome acrocianotica delle mani. Su questa particolare costituzione devono certamente influire, come del resto in altri casi riportati dalla letteratura, alterazioni funzionali a tipo endocrino e più precisamente nel caso nostro quelle legate al ritardo dello stabilirsi della funzione sessuale e cioè del sistema testicolo-tiroide.

L'iperidrosi è considerata legata ipotonia del simpatico e costituisce non un fattore secondario alle alterazioni vasali, ma una vera e propria causa a sè che esplica la sua attività sulla dermatosi tanto con azione meccanica che chimica.

Orientandosi in questo senso dà le direttive per la terapia della dermatosi limitandosi in un primo tempo a migliorare la costituzione dell'individuo salvo poi àd intervenire localmente con adatti mezzi.

Osservazioni sopra l'irradiazione della tiroide nella psoriasi.

G. Falchi. — L'O. riferisce da principio lo stato attuale delle conoscenze che si hanno sui rapporti tra irradiazioni delle ghiandole endocrine e malattie cutanee e più precisamente tra tiroide, timo e psoriasi.

Premette che certamente l'azione del Röntgen non deve, fatta eccezione per la tenera età, svolgere l'eventuale suo stimolo sul timo ma bensì sulla tiroide.

Questo in dipendenza delle cognizioni anatomiche e fisiologiche che si hanno sull'involuzione del timo nell'adulto.

Espone poi la sua casistica che comprende 12 osservazioni di individui tra i 9 e 35 anni in cui

ha ottenute 5 guarigioni definitive, 2 notevoli miglioramenti e 5 insuccessi.

Ha eseguito irradiazioni sulla regione tiroidea con 1 DE filtrata su 3-4 mm. di A_1 alla distanza focale di 15 cm.; le applicazioni furono svolte a distanza di 20-25 giorni una dall'altra ed eseguite in numero non superiore a 3.

Svolge poi alcune considerazioni circa il probabile modo di agire di queste irradiazioni; esclude che possa trattarsi di un'azione specifica dell'aumentata secrezione tiroidea, ma ritiene che probabilmente si debba pensare ad un'azione specifica non nascondendo che anche la pelle stimolata potrebbe svolgere questa attività nei riguardi della affezione cutanea.

Conclude col raccomandare l'uso del metodo che deve essere considerato non come esclusivo per la cura della psoriasi, ma bensì alla pari dei tanti che abbiamo a nostra disposizione e che può eventualmente sussidiare e completare le cure locali.

Sull'istogenesi della micosi fungoide.

F. FLARER. — L'O., passate in rassegna le varie teorie che hanno cercato di spiegare il processo istologico della micosi fungoide, forma a tipo granulomatoso sistematico simile per alcuni punti di vista al linfogranuloma maligno, ne mette in evidenza alcuni caratteri istologici ed ematologici che la fanno considerare una alterazione sistematica reticolo-endoteliale. Sui caratteri particolari dei componenti cellulari del tessuto micosico si propone di diffondersi ulteriormente essendo per la loro complessità e articolarità strutturale degni di particolare rilievo.

Sulle calcificazioni cutanee con particolare riguardo al cosidetto epitelioma calcico.

F. FLARER. — L'O. illustra con preparati microscopici due forme di calcificazioni cutanee: una con i caratteri di una neoformazione del tipo cosidetto di epitelioma calcificato che egli crede più opportunamente di considerare come una formazione di tipo nevico calcificata; l'altra del tipo di forma costica con calcificazione secondaria.

L'insulina e i suoi rapporti con l'ovulazione.

A. MIGLIAVACCA. — L'O., ha trattato per periodi diversi (da 10 giorni a 1 mese) delle ratte adulte con dosi quotidiane di insulina di 5 e 10 unità cliniche per animale.

L'O. ha potuto stabilire che l'azione dell'insulina si esplica sull'ovaio producendo un arresto nell'accrescimento dei follicoli oofori.

Dopo un mese dal trattamento con l'insulina l'ovaio si presenta riccamente lobulato, e all'esame istologico colpisce il numero elevato di corpi lutei; nel restante parenchima si rilevano solo follicoli di piccole dimensioni.

L'azione stimolante e sterilizzante sull'ovaio degli estratti testicolari in funzione della dose: il meccanismo della sterilizzazione.

A. MIGLIAVACCA. — L'O. ha studiato l'azione degli estratti testicolari sull'ovaio di animali da esperimento e descrive le modificazioni istologiche indotte da questa sostanza.

Con piccole dosi l'O. ha rilevato un rapido accrescimento e la maturazione di un gran numero di follicoli, con dosi meno scarse l'aumento cospicuo e disordinato del tessuto connettivo sottoepiteliale e spiccata pluristratificazione dell'epitelio germinativo con tendenza all'invaginazione, con dosi relativamente elevate l'aumento notevole dell'albuginea, sotto forma di un alto e compatto strato connettivale sottoepiteliale, con scarsi accenni alla pluristratificazione dell'epitelio.

L'O. pone in evidenza l'azione stimolante delle piccole dosi di estratto testicolare sull'ovaio, e tende a spiegare il meccanismo della sterilizzazione con dosi meno scarse come dovuto all'impossibilità, per la presenza dello spesso strato connettivale corticale, dello scoppio del follicolo.

Il Segretario: F. RICCI.

Associazione Medica Triestina.

XI Adunanza scientifica del 17 gennaio 1930.

Presidente: Dott. ATTILIO COFLER.

Lo stato attuale del problema dei pigmenti biliari.

Dott. WINTERNITZ. — L'O. considera partitamente 3 lati del problema e precisamente:

1) il luogo di formazione dei pigmenti biliari;

2) il numero delle bilirubine;

3) la genesi dell'urobilina.

In rapporto al problema del luogo di formazione dei pigmenti biliari l'O. rileva come tutte le esperienze successive poco di nuovo poterono aggiungere alle osservazioni classiche del Naunyn e Minkowski. Soltanto l'interpretazione fu diversa. Le recenti esperienze fatte da Mann e Magath e quelle integrative di Rosenfeld e Melchior dimostrarono che la bilirubina può originarsi anche in animali privi di fegato, ma che un ittero intenso è possibile soltanto quando quest'organo è integro.

In rapporto alla duplicità delle bilirubine già ammessa dal Gubler e ricomparsa sotto nuova veste per opera del Hymans v. d. Bergh l'O. crede di poter affermare l'unicità delle bilirubine. La distinzione fra reazione diretta e indiretta, pronta e ritardata dipende soltanto da differenze quantitative (osservazioni proprie).

Per l'urobilina l'O. ammette la genesi enterica secondo Friedrich Müller come quella più atta a spiegare la fenomenologia clinica.

Dott. LANG. — L'O. si associa alle conclusioni del relatore specie perchè conclusioni temperate e come tali limitanti di molto l'importanza del R. E. nella biligenesi.

Le conclusioni quindi del dott. Winternitz reagiscono a quello che è stato l'entusiasmo di molti autori dopo le esperienze di Mann e Magath intese a dimostrare il R. E. come formatore di bile. Perciò le conclusioni del Relatore hanno valore e sono maggiormente riscattate dal fatto che nel sist. R. E. e nelle cellule del sistema R. E. per il pigmento trovato a cui il Relatore ha accennato è dato prevalentemente da pigmento ferrico alla cui elaborazione e alla cui economia il R. E. è deputato. Perciò è al R. E. che spetta l'impregnazione delle sue cellule col

derivato della scomposizione sanguigna ed è al R. E. cui spetta stando alle ricerche di molti autori il rifornimento del coefficente ferrico nella sintesi dell'emoglobina, nella fucina dei corpuscoli rossi il midollo osseo.

Per quanto riguarda poi la natura e l'origine delle due bilirubine, l'O. fa rilevare come la conclusione del Relatore debba essere maggiormente illuminata e debba essere maggiormente riscattata qualora il giudizio che la bilirubina diretta dovuta a una maggiore concentrazione di bilirubina nel siero tenga conto dei seguenti dati:

Che autori precedenti al Winternitz nell'ittero emolitico da lui citato hanno trovato la diazo nel siero diretta e non sempre diretta ed altre volte alternantesi ed inoltre che l'O. in diazo eseguite col siero di pazienti morti per itteri da ritenzione gravissima constatata all'autopsia ha trovato la diazo indiretta.

Il Segretario: Dott. L. WINTERNITZ.

Società Italiana Fascista di Studi scientifici sulla tubercolosi.

Sezione di Palermo.

Seduta del 15 febbraio 1930.

Presidente: Prof. LUIGI MANFREDI.

Ulteriori contributi clinici sul tono polmonare.

Prof. GIOACCHINO ARNONE. — L'O. mette in evidenza con proiezioni radiografiche, formazioni pseudo-cavitare nel polmone di soggetti non tubercolotici, dovute a stimoli diversi aventi sede nello scheletro del torace (costole, sterno), o nel fegato o nel rene, e in soggetti tubercolotici prima, durante e dopo il pneumotorace con radiografie in serie.

Tali zone sarebbero dovute ad un equilibrio territoriale del tono vago-simpatico dei singoli lobuli polmonari (secondo le idee del Viola).

L'infiltrato polmonare sottoclavicolare deve ritenersi, secondo l'O., almeno in un primo tempo (e quando non si accompagnano a fatti flogistici e distruttivi), effetto di perturbamenti circolari e in un territorio circoscritto per alterazione dell'influenza regolatrice nervosa dell'autotono cellulare e sotto la dipendenza del sistema nervoso vegetativo simpatico e parasimpatico (seguendo le idee dello Schiassi B. e del Pende), zone nelle quali alla opacità può seguire la formazione di un'ombra anulare e (come notò il Lupo nella clinica del Micheli) successivamente la scomparsa completa di ogni lesione anatomica radiologicamente dimostrabile.

Ascrive alla autonomia polmonare costrittoria dei singoli lobi l'ineguale collasso del polmone nel pneumotorace ipotensivo, e pure alla autonomia polmonare espansoria attiva la disposizione diversa dei versamenti metapneumotoracici.

Infiltrazione gelatinosa ed infiltrazione caseosa del polmone.

Prof. GIUSEPPE EPIFANIO. — L'O. si occupa delle caratteristiche anatomiche e dell'evoluzione dei due processi gelatinoso e caseoso.

Sulla base delle nozioni dall'O. riassunte, le aree dimostrate in questa seduta, dal prof. Arnone a sostegno della sua tesi, non possono assumersi quali formazioni pseudo-cavitarie, poichè risultano dall'intreccio vascolare e presentano più o meno normale la trasparenza, ed integra la trama del tessuto polmonare.

Riguardo alla questione se, in base all'esame radiografico, sia possibile affrontare il quesito della *distonia vago-simpatica*, come causa di *enfisema* o di *atelectasia* alveolare, l'O. crede che si sia ben lontani da una adeguata risposta. Allo stato attuale della clinica è da ammettere che le distonie vago-simpatiche interessino l'intero albero respiratorio: ma non è ancora stata dimostrata la più perfetta autonomia di ogni alveolo o lobo polmonare nei riguardi dell'innervazione e del tono del sistema nervoso vegetativo. Il concetto clinico di distonia vago-simpatica finora si limita alle nevrosi e forse ad una sola: all'asma bronchiale, ma l'enfisema che ne consegue è dovuto ad un complesso di fattori che è superfluo enumerare.

Prof. VINCENZO FICI. — Ritiene d'accordo col prof. Epifanio, e sul significato delle formazioni anulari e sulla questione dell'autonomia d'innervazione del lobulo polmonare.

Fin'ora sono state soltante descritte zone di atelettasia circoscritta, nei soggetti che espirano abitualmente per la bocca, a livello degli apici e delle regioni ilari (Hofbauer), ed anche zone di atelettasia in vicinanza di versamenti pleurici, specialmente a livello della parete laterale toracica, quale effetto del prevalere del tono elastico polmonare che tende a scollare i foglietti pleurici, sulla forza adesiva che tende invece a tenerli in contatto e tale prevalenza viene considerata come dipendente da una condizione anomala nella sfera d'innervazione neuro-vegetativa polmonare, più specialmente dovuta ad ipotonia vagale cui consegue l'inibizione degli impulsi contrastanti la forza di retrazione polmonare. Questa stessa depressione del tono vagale, con conseguente ipertonia della forza elastica di retrazione, fu invocata quale principale fattore patogenetico del collasso massivo polmonare che, come è noto, non interessa mai zone polmonari minori di un intero lobo.

Infine l'O. fa rilevare che l'abnorme disposizione degli essudati pneumotoracici dipende dalla stessa sinfisi pleurica, che talora consegue alla pleurite stessa e che invariabilmente ascende, in direzione caudo-craniale, spingendo progressivamente sempre più in alto la raccolta liquida. In simili casi infatti, mai riesce di praticare il rifornimento pneumotoracico o la toracentesi, infiggendo l'ago od il trequarti a valle della raccolta.

Dott. GIOVANNI AIRALE. — È dell'opinione che certe immagini radiografiche pseudo-cavitarie possano riferirsi a particolari condizioni anatomopatologiche del polmone.

Prof. VITO CESARE PIAZZA. — Crede che la eventuale distonia neuro-vegetativa polmonare invocata dall'Arnone possa essere facilmente risolta ricorrendo ai vari stimoli farmacodinamici del vago e del simpatico ed a radiografie in serie fatte dopo pochi minuti e dopo qualche ora, quando già l'azione dei reattivi farmaco-dinamici o del vago o del simpatico hanno già fatto notare la loro azione generale, evitando così l'er-

rore di paragonare radiogrammi fatti a distanza di giorni e sotto l'azione di stimoli che sfuggono all'indagine dell'osservatore.

Prof. LIBORIO GIUFFRÈ. — Per quanto riguarda l'interpretazione fisico-patologica della disposizione dei versamenti pleurici, si associa alle osservazioni fatte dal prof. Fici e per l'interpretazione delle pseudo-caverne a quelle del prof. Epifanio.

Prof. GAETANO PARLAVECCHIO. — Chiede al prof. Arnone se le nuove ricerche sul tono polmonare non possano contribuire a chiarire la genesi dei collassi polmonari post-operatori, sinora spiegati con meccanismo molto grossolano.

Da molto tempo si è cominciato a constatare che molte delle credute polmoniti post-operatorie sono invece dei collassi polmonari più o meno limitati o estesi, collassi che insorgono specialmente dopo anestesie inalatorie.

Prof. GIOACCHINO ARNONE. — Le ombre anulari e le pseudo-caverne possono essere dovute non solo alle cause accennate dai proff. Epifanio e Fici, ma a molte altre cause.

Però l'O. ha voluto non interessarsi degli altri e intrattenersi solo sulla spiegazione di un singolo reperto radiologico e cioè di quello al quale, all'esame anatomo-patologico, si è visto corrispondere una zona circoscritta di enfisema.

Circa la spiegazione del meccanismo di formazione di questi speciali reperti inoppugnabili egli crede trattarsi di un fenomeno fisiologico e fisiopatologico determinato dalla contrazione dei muscoli lisci interlobulari e pleurici descritti e sulla cui funzione e sul cui meccanismo oramai non si può rispondere che in sede sperimentale.

Che nei tubercolotici esista una distonia vagosimpatica è stato affermato così concordemente da tutti che forse è l'unico punto sul quale nessuno più discute. Quindi l'O. non affronta tale quesito, ma lo suppone già risoluto, come lo è di fatto.

Riguardo poi al tono elastico polmonare a cui si è accennato, oramai queste idee vengono chiarite meglio dai nuovi concetti esposti dal Viola.

Sulla disposizione poi dei liquidi pleurici non ha che a rimandare l'O. ai lavori dell'ultimo Congresso di radiologia svoltosi a Napoli, ai lavori del Rossi di Parma, dello Schiassi, ecc.

Si associa alla spiegazione data dal prof. Parlavecchio sul collasso polmonare post-operatorio.

Si può il pneumotorace terapeutico eseguire in ambulatorio?

Prof. GIUSEPPE FERNANDEZ. — L'O. è stato tra i primi in Italia ad eseguire il pneumotorace artificiale in ambulatorio, ed espone il frutto della sua esperienza al riguardo.

Da una disamina attenta e serena dell'argomento deve convincersi che le gravi evenienze della cura non possono essere attribuite al luogo nel quale va fatto, e nutre fiducia che essa venga senza alcuna limitazione sempre più estesa a vantaggio dei numerosi sofferenti.

I risultati della pratica pneumotoracica dispensariale.

Prof. LUIGI SAGONA. — L'O. dalla disamina delle varie evenienze conclude che alla formula « collassoterapia iniziale in ogni dispensario, *possibilmente* con degenza, bisogna sostituire quella « collassoterapia iniziale in ogni dispensario con degenza, di cui fare a meno solo in caso di assoluta impossibilità ».

Prof. MAURIZIO ASCOLI. — Crede che le due opposte tendenze rese note nelle comunicazioni dei proff. Fernandez e Sagona, possano essere opportunamente conciliate.

Fermo restando il principio che gl'incidenti operatori nella pratica pneumotoracica, per lo più si presentano subito dopo l'introduzione di gas, e che non sono mai completamente prevedibili nè all'inizio *nè durante il corso della cura* — perlocchè dovrebbe richiedersi una degenza a tempo indeterminato — può il pneumotorace essere istituito ambulatoriamente in quegli ammalati i quali offrono, all'esame clinico, maggiori garenzie per l'inizio in ambulatorio della cura, mentre possono essere affidati ai comparti di degenza dispensariale od ospedaliera, quegli altri, per i quali invece necessitano maggiore assistenza e tecnica più prudente, e fra essi senz'altro quelli a pneumobilaterale simultaneo.

L'O. è di avviso che alcuni incidenti operatori possono essere esclusi con opportune previdenze tecniche, e specialmente evitando di ferire la pleura viscerale nell'atto dell'infissione dell'ago da pneumotorace. Presenta a tal'uopo un ago fornito di cannula con finestra laterale; detta cannula si fa sporgere dalla punta dell'ago non appena si giudica che questa sia penetrata nel cavo pleurico, per modo che lo estremo arrotondato della cannula strisci sulla pleura viscerale senza ferirla durante le manovre per l'introduzione del gas.

Prof. LIBORIO GIUFFRÈ. — Ritiene che una questione importantissima sia quella che riguarda la speciale competenza dei sanitari che si occupano di cure pneumotoraciche. Tale competenza essendo indiscutibile nel personale degli Istituti dispensariali, si può ammettere che, in seguito ad opportuna selezione di ammalati, la pratica pneumotoracica possa anche essere estesa ambulatoriamente.

Insiste sul concetto che la pratica pneumotoracica debba essere inibita ai sanitari che non ne siano comunque autorizzati.

Prof. GIOACCHINO ARNONE. — Si associa al principio che la cura pneumotoracica debba essere iniziata in ammalati cui sia assicurata una breve degenza a letto.

Prof. LUIGI MANFREDI. — Pur riconoscendo la necessità che dalla cura pneumotoracica venga beneficiato il maggior numero di ammalati, crede che quanto più tale metodo sia circondato da garenzie tecniche, tanto più esso può riuscire accreditato, e pertanto riconosce l'utilità che agli ammalati cui debba essere iniziato il pneumotorace, venga assicurata la degenza a letto per alcune ore o per alcuni giorni secondo i casi in istituti specializzati come i dispensari. Ciò facendo si copre anche la responsabilità civile di tali pubblici istituti di cura.

Il Segretario: Prof. V. FICI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il rapporto tra l'attività funzionale del fegato e la suscettibilità dell'organismo all'insulina.

E. Forsgren (*Acta Medica Scand.*, n. 1, 1930) espone una sua teoria, destinata a spiegare come uno stesso individuo presenti in periodi diversi una diversa sensibilità al trattamento insulinico, e che certo non manca di genialità.

Egli parte dal concetto che il fegato possiede una funzione ritmica, indipendente fino ad un certo punto dalla somministrazione del cibo, e consistente nell'alternarsi di fasi assimilatrici o secretorie. Durante la fase di assimilazione il fegato accumula il glicogeno nelle cellule ed è un consumatore di glucosio; durante la fase di dissimilazione, in cui il glicogeno scompare dalle cellule epatiche perchè richiesto dalla loro azione secretoria, il fegato è un produttore di glucosio. Data la sua grande capacità si capisce come il fegato possa, ad alimentazione moderata, dominare il metabolismo.

La sensibilità dell'individuo all'insulina è determinata non solo dal cibo introdotto, ma anche dallo stato in cui il metabolismo viene ad essere in connessione coll'attività ritmica del fegato; essa perciò è massima quando la fase di dissimilazione è al termine e il glicogeno è scomparso dal fegato, e minima quando la fase assimilatoria è finita e comincia il passaggio del glucosio epatico in circolo.

Le variazioni ritmiche nella sensibilità dell'individuo verso l'insulina e nel contenuto di zucchero nel sangue e nelle urine, sono assai probabilmente in rapporto con questa attività ritmica del fegato. V. SERRA.

Rapporti dell'iperalimentazione e dell'obesità con l'organo insulare.

W. Falta (*Wiener klin. Woch.*, n. 10) osserva che in molti casi di magrezza la somministrazione di insulina e di idrati di carbonio determina un ingrassamento. Questa azione ingrassante dell'insulina è in rapporto con un aumento dello stimolo a nutrirsi (aumento dell'assimilazione), con una migliore utilizzazione del materiale nutritivo e con un'esaltazione dell'apparato insulare. Particolarmente manifesta è l'azione ingrassante dell'insulina nei casi di magrezza astenica, mentre nelle forme di magrezza eretistica anche piccole dosi di insulina determinano facilmente reazioni ipoglicemiche, lievi sintomi basedowiani e aumento del ricambio basale. La facilità con cui la somministrazione di insulina determina l'ingrassamento fa pensare alla possibilità di rapporti fra l'obesità e un iperfunzione dell'apparato insulare. In alcuni casi l'iperinsulinismo è in rapporto con alterazioni locali delle isole (adenomi, adenocarcinomi) che determinano l'obesità; esistono però anche casi di iperinsulinismo funzionale. L'adiposità è certamente dovuta a vari fattori, diversi nei singoli casi. L'iperinsulinismo è soltanto uno di questi fattori, nè si può dire per il momento quale importanza spetti ad esso nelle diverse forme di obesità. POLLITZER.

La secrezione interna del pancreas e la lipodieresi polmonare.

Con esperimenti in vivo ed in vitro, e cioè con dosaggio dei grassi e del colesterolo nel sangue del cuore destro e sinistro, ovvero in frammenti di polmone di cane sia normali che spancreatizzati, Nitescu e Benetato (*Clujul méd.* 1929, n. 5) hanno potuto dimostrare che il polmone ha una manifesta azione lipodieretica e colesterinolitica, fatto questo già dimostrato dal Roger e dai suoi allievi. La spancreatizzazione disturba questa attività in quanto la lipodieresi e la colesterolisi in vivo ed in vitro diminuiscono. Importante è il fatto che l'aggiunta di insulina in polvere od in soluzione, all'organo in autolisi asettica non rinforza l'azione colesterinolitica o lipodieretica, nel mentre la somministrazione di insulina per iniezione sottocutanea ristabilisce l'attività del polmone in vivo sui grassi e sulla colesterina tal quale si potrebbe avere nel cane normale. L'azione lipolitica e colesterinolitica cessa con la cessazione della somministrazione dell'insulina: queste ricerche confermano i risultati della scuola francese sulla funzione lipolitica e colesterinolitica del polmone.

MONTELEONE.

SEMEIOTICA.

Note di semeiotica addominale.

Il prof. A. Carducci (*Riv. Ospedaliera*, n. 1, genn. 1930) con la competenza che gli è abituale e con fine spirito di osservazione, richiama l'attenzione su due sintomi di semeiotica addominale: *il sintomo del doppio colletto, e le variazioni respiratorie delle ottusità addominali.*

Il primo, presente in casi di ascite, si mette in evidenza osservando tangenzialmente l'addome d'un ascitico; in tal maniera si può notare uno spianamento nella regione periombelicale ed un sollevamento nella parte sopra e sottombelicale; il tutto dà l'impressione di un doppio colletto.

Tale fenomeno differisce dal solco del Sacconaghi, descritto anni addietro, ed assume una certa importanza allorchè è stata confermata l'esistenza di liquido libero nell'addome con altri mezzi; in tal caso il sintomo del doppio colletto sta ad indicare che si tratta di transudato e non di essudato. La spiegazione del fenomeno sta nel fatto che il transudato, per i suoi caratteri, spinge in alto le anse in-

testinali, mentre si raccoglie in basso il liquido ascitico; di qui il doppio sollevamento; l'essudato invece per i suoi caratteri biologici, e per la peritonite che spesso l'accompagna, non si raccoglie tutto in basso, ma uniformemente nell'addome.

Tale sintomo purtroppo non ha un valore assoluto, e deve essere considerato alla stregua degli altri elementi semeiologici.

La variazione delle ottusità addominali durante gli atti respiratori è un ottimo mezzo per delimitare gli organi ipocondriaci. È comune la manovra della palpazione congiunta alla profonda inspirazione per stabilire il limite inferiore del fegato e della milza; con il metodo suggerito dall'autore si sostituisce alla palpazione la percussione in quei casi in cui riesce difficile per qualche ragione di delimitare gli organi ipocondriaci.

Si esegue nel seguente modo: si determina il limite inferiore del fegato o della milza a respirazione tranquilla; poi si fa inspirare profondamente e si segna il nuovo limite; si fa poi espirare profondamente, e si segna il limite di ottusità; si avranno tre linee, di cui la superiore e la inferiore staranno a indicare che la linea mediana evidentemente segna il giusto limite dell'organo ipocondriaco.

Questa manovra può giovare per stabilire se una tumefazione all'ipocondrio sia dipendente dal fegato o dalla milza, oppure non abbia rapporti con tali organi. Infatti la *zona d'interferenza*, talora difficile a mettere in evidenza, con tale metodo si può facilmente apprezzare dalla netta variazione del suono di percussione. Ed anche se la tumefazione appartiene allo stesso organo ipocondriaco, ma si origina dalla faccia inferiore, parte posteriore, creando la zona d'interferenza, si può giudicare questa possibilità; in tal caso, oltre la modificazione percussoria della zona con gli atti respiratori, viene a modificarsi anche il limite inferiore della tumefazione, mobile come l'organo ipocondriaco.

I risultati di tale manovra sono più scarsi allorchè la tumefazione è a contatto con gli organi ipocondriaci, con o senza aderenze con essi. Tuttavia anche in questi casi una attenta osservazione del modificato suono percussorio in rapporto agli atti respiratori può fornire utili indicazioni per le diagnosi delle malattie addominali. CARUSI.

Diagnosi topografica delle appendiciti acute.

Secondo M. Deolindo A. Pasqualos (*Bull. et Mém. de la Soc. d. Chirurg. de Paris*, t. XXI, n. 15, 1929) sarebbe possibile di determinare la situazione dell'appendice nelle appendiciti acute basandosi sulla dissociazione della temperatura rettale ed ascellare.

I casi in cui la dissociazione fosse superiore ad un grado corrisponderebbero a delle appendici libere con pericolo di peritonite generalizzata. Al contrario, i casi in cui la dissociazione fosse superiore ad un grado corrisponderebbero a delle appendici sottosierose pre- o sopratutto retrocecali.

Dal punto di vista dell'indicazione operatoria questa localizzazione topografica non avrebbe alcun valore. E' evidente invece l'importanza della localizzazione topografica dal punto di vista della prognosi in considerazione che, quando si tratti di appendici aderenti, retrocecali, le lacerazioni e le emorragie sono sempre da temersi oltre agli inconvenienti di una maggiore durata dell'intervento in malati operati d'urgenza e spesso in condizioni generali non buone.

Le conclusioni sono basate solamente su dieci osservazioni. BUCCI.

CASISTICA.

Il fattore morfologico costituzionale della tubercolosi laringea.

E. Borghesan (*Atti Clin. Otorinolar. R. Università di Roma*, 1929) ha esaminato morfologicamente, seguendo la tecnica di Viola e con lo strumentario da questi ideato, 132 soggetti affetti da tubercolosi polmonare con o senza localizzazione laringea ed in base alle sue ricerche ha potuto osservare che questa si presenta quasi costantemente nei tipi longilinei, i quali hanno in gran parte una morfologia laringea consona all'abito generale, hanno cioè con grande frequenza una laringe lunga, con diametro verticale superiore al corrispondente dei tubercolotici polmonari senza localizzazione alla laringe. Quanto alla patogenesi della tubercolosi laringea, l'A. pensa che come il minore apporto di sangue ai polmoni costituisce un momento predisponente alla tubercolosi polmonare e l'aumento dell'irrorazione sanguigna un momento inibente, così può darsi avvenga in laringe: i tubercolotici dànno sempre modo di osservare uno spiccato pallore di tutta la mucosa laringea, dato clinico che trova riscontro nelle esperienze di Bilancioni e Zanni, quali poterono dimostrare che le laringi tubercolotiche presentano una vascolarizzazione irregolare, deficiente e in alcuni punti incospicua. In altri termini l'A. è d'avviso che la differente morfologia laringea esprima uno stato costituzionale locale, e di consueto generale, che probabilmente presiede direttamente o forse più facilmente per mezzo del sistema vascolare sanguigno e linfatico alla maggiore o minore resistenza dei tessuti all'infezione specifica. Tale concetto trova conferma nel fatto che i soggetti affetti da laringite specifica tubercolare con laringe a diametro verticale inferiore alla norma, come in alcuni casi accade di osservare, reagiscono energicamente al male, sono beneficamente influenzati dalla cura aurica, e non di rado guariscono, a differenza di quanto avviene nei soggetti a laringe lunga, ossia morfologicamente predisposti. V. A.

Sarcoma della tiroide.

I fibrosarcomi della tiroide sono una lesione rara a esito rapidamente fatale. Possono da principio essere favorevolmente influenzati dalle irradiazioni con Radium, ma poi rapidamente si diffondono per il sistema circolatorio e danno metastasi nei visceri toracici e addominali.

I. Arons (*Ann. of. Surgery*, gennaio 1930) riferisce un caso tipico di fibrosarcoma tiroideo. Riferisce anche di altri 17 casi trattati nell'ospedale nel quale egli lavora; 7 si presentarono in maschi e 10 in femmine di età variabile fra 25 e 61 anni. In quasi tutti i casi aveva preceduto un gozzo. In tutti da meno di otto mesi era stato notato un ingrossamento rapido del collo quando si presentarono all'ospedale. Ad interventi incompleti, quali sono generalmente quelli che si compiono quando il tumore ha già sorpassato la capsula della tiroide, la morte segue sempre in meno di un anno. Il sarcoma rappresenta circa il 0,6 % di tutti i casi di lesioni chirurgiche della tiroide. Si trattava di sarcomi a cellule fusate, rotonde, linfosarcomi e tipi a cellule miste. Questi ultimi in prevalenza.

Le disseminazioni metastatiche si ebbero alle glandole ascellari, cervicali, e bronchiali, nei polmoni e nel fegato. La trachea e l'esofago furono anche invase direttamente dal tumore.

In un caso, particolarmente interessante, coincideva un tumore della tiroide e uno della mammella cogli stessi caratteri.

M. ASCOLI.

Tumori del glomo carotideo.

A. D. Bevan e E. McCarthy pubblicano un caso giunto alla loro osservazione e inoltre passano in rivista 134 casi della letteratura oltre ai reperti di 9 autopsie. Si trattò di tumori variamente diagnosticati: endotelioma, adenoma, paraganglioma, neuroblastoma, fibrangioma, peritelioma, ecc. Certo il reperto istologico non fu uguale in tutti e mentre per alcuni si trattava di neoplasie maligne, per altri erano forme benigne. Generalmente non sono forme dotate di alta malignità.

Ciò è importante dal punto di vista operatorio. Molto spesso, data la loro situazione, inglobano il fascio vascolo-nervoso del collo per cui è necessario legare la carotide. Ora nei casi raccolti la legatura della carotide ha dato il 30 % di mortalità e pertanto gli AA. raccomandano, nei casi in cui ci si trova davanti a tale contingenza, di legare i vasi che vanno al tumore e non asportarlo rispettando così la carotide. Il tumore piccolo e raramente molto maligno, si potrà trattare con semplici irradiazioni nè la vita dei pp. correrà grave pericolo.

Gli AA. ricordano pòi la sintomatologia di questi malati in cui v'è qualche segno comune ai tumori surrenali (alterazioni del ritmo cardiaco e vasale, glicosuria, e, raramente, ipercromasia) oltre a quelli dovuti alla sede (compressione sui nervi e vasi del collo, dolori neuralgici) e alla natura (soffio sistolico e thrill nei tumori molto vascolarizzati), la sua mobilità in direzione laterale e non in direzione dal basso in alto. Gli AA. ricordano pure che oltre ai tumori si riscontrano talvolta nel glomo carotideo focolai emorragici nel neonato, casi di sclerosi con aumento del tessuto connettivale.

V. GHIRON.

Un caso di lipoma della lingua.

I casi di lipoma della lingua sono assai rari: in letteratura se ne trovano raccolti soltanto una trentina. O. Angelelli (*Il Valsalva*, 1929, n. 12) aggiunge a questi una sua osservazione personale di lipoma puro della lingua.

Si tratta di una donna di 56 anni in buona salute la quale da tre mesi si era accorta casualmente di una piccola tumefazione situata in corrispondenza del margine destro della lingua e grossa come una nocciola. La tumefazione era di consistenza molle, indolore, a limiti netti anteriormente. La mucosa linguale era aderente ad essa e non presentava alterazioni macroscopiche rilevabili, salvo che un colorito diffusamente giallastro.

Fatta diagnosi di lipoma della lingua, si procede in eteronarcosi all'asportazione della neoformazione.

Istologicamente il tumore ha la struttura del lipoma molle costituito da tessuto lipomatoso puro con scarsissimi framezzi fibrosi connettivali. Vascolarizzazione abbondante specie nelle zone periferiche. Non c'era da pensare ad una ipertrofia del grasso preesistente perchè questa è sempre compensativa di un processo di atrofia: nel caso speciale di una atrofia muscolare, mentre le fibre muscolari vicine alla neoplasia ed anche quelle incluse in essa non presentavano alcuna nota atrofica.

La rarità dei lipomi linguali si può spiegare con la scarsezza di tessuto adiposo esistente nella lingua. Essi sono di natura tipicamente benigna, ad eziologia ignota.

V. A.

Tolleranza e latenza dei corpi estranei nelle vie aeree.

Guisez ha riferito all'Accademia Medica di Parigi (marzo 1929) una serie di casi in cui oggetti varii (una moneta, uno spillo, un uncinetto, una vite, ecc.) restarono a lungo latenti entro i bronchi, senza causare il minimo disturbo subbiettivo, e furono scoperti casualmente con la radiografia.

Tuttavia si deve pensare a queste eventualità in tutti i casi di bronchiti tenaci, con segni di dilatazione bronchiale ed espettorazione fetida abbondante.

Se i corpi sono assai piccoli, si lascino in sito, se sono grandi, settici o suscettibili di rigonfiamento è urgente estrarli.

V. SERRA.

TERAPIA.

Il trattamento dell'ulcera gastrica per mezzo delle iniezioni di insulina.

A. Cade e Ph. Barral hanno riferito intorno a questo importante argomento nella seduta del 18 febbraio 1930 della « Académie de Médecine ».

Essi hanno applicato questo mezzo di terapia ideato da Feissley in 25 malati che presentavano la sindrome clinica dell'ulcera gastrica o duodenale evolvente da anni con le caratteristiche remissioni. Quasi tutti presentavano segni radiologici a favore di un'ulcera: punto doloroso fisso, modificazione dell'aspetto del piloro, nicchia ecc.

Gli AA. hanno ripartito le osservazioni in cinque gruppi.

Nel primo gruppo sono compresi i malati migliorati col trattamento insulinico. Si tratta di dieci pazienti giunti all'osservazione in piena crisi nonostante il regime latteo e il riposo in letto. Ad essi fu somministrato ogni mattina 15 unità d'insulina e fin dal primo giorno ebbero vitto normale. Malgrado ciò e l'abbandono del letto, tutti questi malati notarono un notevole sollievo dopo la 1ª, la 2ª o la 3ª iniezione. In genere dopo il 5° giorno di cura scomparvero tutti i disturbi.

L'insulina fu somministrata sempre nella dose di 15 unità al giorno per uno spazio di 15 a 25 giorni.

Nel secondo gruppo sono riuniti sei malati nei quali la terapia insulinica non bastò da sola a fare scomparire i dolori gastrici: essa li attenuò, ma a farli cessare completamente fu necessario somministrare 1/2 ora prima dell'iniezione di insulina una dose di 20-80 grammi di glucosio sotto forma di sciroppo.

Nel terzo gruppo vi è un sol malato avente una stenosi pilorica da ulcera prepilorica. I fenomeni dolorosi scomparvero momentaneamente dopo 5 iniezioni di insulina. Fu necessario l'intervento chirurgico.

I quattro malati del 4° gruppo non risentirono miglioramento alcuno soddisfacente nè da l'insulina, nè dal trattamento misto insulina-glucosio.

Il quinto gruppo comprende cinque malati che non hanno dato elementi sufficienti a utili deduzioni.

Concludendo gli AA. sono di opinione che sei soggetti presentanti una sindrome di ulcera gastrica o duodenale cronica ad evoluzione periodica, le iniezioni di insulina sono suscettibili, in un buon numero di casi di condurre ad una scomparsa rapida dei fenomeni dolorosi, senza che con ciò si possa parlare di guarigione clinica, nè tanto più anatomica.

Le dosi deboli (15 unità al giorno) hanno azione sufficiente e non presentano inconvenienti.

Il trattamento deve essere continuato per 20-25 giorni e in ogni caso essere prolungato per una dozzina di giorni dopo la scomparsa dei dolori e delle emorragie occulte. Un grande vantaggio della terapia insulinica è che essa non richiede nè un regime severo, nè l'allettamento. In alcuni casi è necessario far precedere l'iniezione d'insulina, dalla somministrazione di glucosio *per os*.

Nessun incidente notevole hanno avuto a lamentare gli AA. nel corso delle loro cure.

Non ancora bene spiegato è il meccanismo col quale agisce l'insulina ed i vari studiosi non sono ancora d'accordo sulla quistione. I nostri AA. non si pronunciano in proposito.

Al termine della comunicazione Vaquez si duole che gli oratori non abbiano citato fra gli autori che si sono occupati della quistione il dott. Dimitrakoff di Sofia, che molto di recente ha pubblicato un lavoro riguardante tre malati colpiti da ulcera gastrica e che sembra siano guariti (controllo radiologico) in virtù del trattamento con l'« angioxyl », sostanza contenuta nell'estratto pancreatico e individualizzata da Gley e Kisthinios la quale mentre non ha azione sullo zucchero, ne ha invece una vascolare energica capace di influenzare utilmente il trofismo dei tessuti.

Lo stesso Vaquez sta sperimentando con buoni risultati l'angioxyl nella cura delle ulcere varicose, lesioni visibili nelle quali è possibile seguire direttamente gli effetti del medicamento.

Per quanto ancora non si possono trarre conclusioni definitive, egli crede che l'angioxyl eserciti la sua azione trofica agendo direttamente sui vasi che nutriscono i vari tessuti, e si comprende così come il medicamento possa beneficamente influenzare delle affezioni apparentemente dissimili.

(*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1930, numero 7). VICENTINI.

Quale dieta è consigliabile nei processi ulcerativi dello stomaco e dell'intestino.

H. Elias (*Wiener Klin. Woch.*, n. 10, 1930) rileva che in casi di emorragia abbondante il paziente deve stare a letto e senza cibo; è bene per un certo tempo non somministrargli nemmeno liquidi. Con farmaci coagulanti per iniezione o per bocca si cerca di aumentare la coagulabilità del sangue.

Arrestata l'emorragia è indicata la somministrazione frequente ed a piccole dosi di un cibo liquido e che resta liquido nello stomaco e allo stesso tempo ricco in calorie. Se si da latte è bene aggiungervi della farina in parte diastasata con cui esso va cotto. Invece del latte si possono usare decotti di riso o di avena con aggiunta di burro. Tra i pasti si danno 1-3 cucchiaini da caffè di un miscuglio di carbonato di calcio, magnesia usta e un po' di bicarbonato di soda. Somministrazioni di atropina diminuiscono l'iperperistalsi e l'ipersecre-

zione. Scomparsa completamente ogni traccia di sangue dalle feci, si può passare ad una alimentazione più consistente in forma di pappe. È bene astenersi per molto tempo dalla carne. Si aggiungono alla dieta dapprima *purées* di verdure o di frutta di sapore nè dolce nè acido, quindi piccole quantità di cervello o di animelle. Infine poca carne ben pestata unita ad idrati di carbonio. POLLITZER.

Il trattamento delle perforazioni acute dell'ulcera gastroduodenale.

V. Pauchet (*Journ. de méd. de Paris*, 10 ottobre 1929) dà i seguenti consigli:

Diffidate di una perforazione imminente in alcuni ulcerosi in cui si installa il dolore spontaneo ed in quelli che cessano di subire l'influenza aggravante dei pasti.

Diffidate di quelli che soffrono sempre p malgrado il trattamento e la dieta, nonchè di quelli che, durante la palpazione, presentano un riflesso parietale e della difesa muscolare in corrispondenza del cavo epigastrico.

In alcuni casi simili, l'A. ha veduto la perforazione dell'ulcera entro le 24-48 ore consecutive all'esame.

Fate operare immediatamente non soltanto i malati affetti da perforazione gastrica o duodenale, ma quelli in cui si può sospettare la possibilità di una simile rottura.

Fate trasportare immediatamente in una clinica chirurgica il paziente che ha presentato i sintomi di una perforazione acuta (dolore improvviso, difesa epigastrica) e non perdete il tempo in consulti con medici o chirurghi; la guarigione è soprattutto funzione della precocità dell'operazione. *fil.*

Sull'azione protettiva della sutura gastro-intestinale con drenaggio di garza e tubi di gomma.

F. Mandl (D. Zeit. f. Chir., vol. 219, 1929) ricorda come in chirurgia sia diffuso il concetto che i drenaggi posti a contatto delle suture gastro-intestinali le danneggiano e favoriscano la deiscenza dei margini. Però nella Clinica di Hochenegg è stato usato il drenaggio per molti casi di sutura gastro-intestinale che per varie ragioni comunemente note sembravano poco sicure (150), e si è avuto un risultato complessivamente buono.

In luogo della peritonite generalizzata che molte volte si avrebbe avuto, si formò un ascesso localizzato che guarì e la sutura si chiuse. L'A. ha fatto anche sperimentalmente ricerca dell'effetto che i drenaggi hanno sulla sutura gastro-intestinale e non vide mai accadere la deiscenza dei margini, solo talvolta un rallentamento del processo di guarigione. Pertanto ne consiglia l'uso in tutti i casi in cui il chirurgo non sia completamente sicuro della sutura.

V. GHIRON.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. Domenico Falcone Di Gissi (Chieti):

Eccellenti fra i grandi trattati:

LEGUEU. *Traité Chirurgical d'Urologie.* Félix Alcan, Paris. — MARION. *Traité d'Urologie.* Masson, Paris. — NICOLICH. *Manuale di Urologia.* Un. Tipogr.-Editrice Torinese.

Fra i minori (più semeiotica e terapia che patologia):

BARY. *Urologie practique.* Gauthier-Villars, Paris. — FLAUDRIN. *Urologie. Les consultations journalières.* Doin, Paris.

Fra tutti questi, il più consigliabile per il medico pratico, che desideri acquistare un solo trattato, completo, ma più pratico che dottrinale, è il MARION.

R. SABATUCCI.

VARIA.

Medicina e poesia.

L'abito mentale del medico tende piuttosto ad essere scientifico anzichè letterario, ma ciò non toglie che molti medici trovino uno svago ed un riposo dalle fatiche e dalle preoccupazioni professionali nella coltura letteraria. Alcuni, poi, dotati forse di più attiva espansività, non contenti di rimanere tranquilli spettatori a gustare l'opera altrui, discendono nell'agone letterario, con poesie, romanzi, impressioni, novelle e così via. I più numerosi sono stati forse i poeti, alcuni dei quali, come il nostro Redi, hanno trattato di argomenti del tutto estranei alla medicina, mentre altri hanno avuto la melanconica idea di mettere in versi dei concetti scientifici, fornendoci esempi di quella uggiosa poesia didascalica, che sta ben lontana così dalla vera scienza come dalla vera poesia.

Eccovi, per esempio, un francese, il dott. Claudinet che se la prende con la signora di Sevigné, la quale aveva cantato l'incanto della campagna durante la fienagione.

E ben sarebbe stato, frivola Sevigné
che Dio vi avesse dato un reuma di stagione;
il raffreddor del fieno vi avrebbe allora reso
meno gradito il tempo che le erbe sono in [fiore,
quando il leggero polline delle graminacée
veicola per l'aria un microbo demente
che vi dà la dispnea e vi fa sternutire,
vi provoca la tosse e ancor v'intasa il naso.

Ameno, non è vero, quel microbo demente?
Falso per la poesia e per la scienza.

Un altro, francese anch'esso, André Martel, ci fa dell'anatomia in versi. Ecco l'elogio del dente:

Dente, caro ossicino, dal candor di lisciva
eburnea torre infitta nella rossa gengiva,
tu che, nel mio sorriso, per chi bene mi guar-
[di,
aggiungi il tuo brillare a quello de' miei
[sguardi.

Accenna, altrove, come:

Al tempio dell'amore, che la natura eleva
occorrono davvero potenti contrafforti.

Mentre, in altra parte riproduce, con armonia onomatopeica i rumori broncopolmonari, che lascio nella lingua originale:

... il s'amuse à gargouiller:
sans cornouiller - Ho! cornamuse.

oppure descrive vivacemente il *sinistro antro* dello stomaco.

Ma questa che non è scienza non è nemmeno poesia e non ha di questa che un rigido scheletro metrico.

Scienza e poesia non si possono confondere se non si vuole immiserire l'una e l'altra; il che non toglie che lo scienziato non possa essere poeta e sentire la profonda poesia che vi è nell'intimo della scienza e tanto più lo potrà essere il medico che, per la sua professione, si trova a contatto di quanto di più *umano* vi è al mondo e, come mette a nudo i corpi, sa penetrare nelle anime e divinarne i segreti e scoprire le intime connessioni che le legano. Piccoli fatti, gesti anche semplici, situazioni psicologiche varie che destano profondi echi in un'anima sensibile e, se questa ha capacità di espressione e di ritmo, si traducono in vera poesia, che nulla ha a che fare con la fredda didascalìa ed è invece riscaldata da un afflato lirico.

Fra i recenti, cito H. O. Kleine che, nelle tranquille nottate di guardia ha scritto dei « Sonetti clinici » (1) i quali rievocano vari momenti della vita vissuta del medico: ecco le sale d'operazione, aspra sinfonia in rosso e bianco, la sala d'attesa d'ambulatorio, scenario di numerose tragedie, i gustosi quadretti dei diversi tipi di suore, la superba gioia di un'operazione difficile riuscita, di una vita salvata, balsamo a tante delusioni.

Traduco qui, un po' liberamente, un sonetto sulle puerpere.

Io guardo spesso le puerpere
quando si mettono il bambino al seno,
le une con tranquilla giocondità,
le altre con mille preoccupazioni, come im-
[pacciate.

Pallidi stanno i loro visi sui candidi cuscini,
come quelli di soldati feriti in guerra,
che hanno valorosamente compiuto, soffrendo,
[il loro dovere.
Anch'esse hanno dovuto soffrire abbastanza...

(1) *Klinische Sonette*. Wellersberg-Verlag, Lindenthal, 1927.

Io sento che esse vivono la vera vita,
assai più che quella artificiosa delle donne
che studiano e, consunte da forze estranee,
[sono spesso sterili.

E m'inchino davanti alla fida maternità
poichè in essa vi è fede, amore, speranza,
[forza,
e la circondo sempre di rispettosa venerazione.

Nella sua semplice espressione è la poesia della maternità che aleggia in questo sonetto, come in altri dello stesso autore.

Ma la poesia può toccare le più alte vette del lirismo anche senza lo stretto vincolo della metrica. Un esempio di squisita poesia, pure in veste di prosa, che ci dà una profonda commozione e ci sorride a volte con un fine « humour » lo troviamo nei « Tetti rossi ». Ricordi di manicomio, di C. Tumiati (2). Quadri della vita di ogni giorno, davanti a cui, per carattere o per abitudine professionale tanti passano indifferenti, si ripercuotono invece nell'animo del poeta, destandone vibrazioni di dolore e di commossa simpatia. E riviviamo i diversi momenti della vita manicomiale: vediamo i vari tipi di dementi, le suore, il cappellano, i colleghi. Nè mancano talora delle descrizioni come, per esempio, quella dell'accesso epilettico, in pochi brevi tratti, più efficaci — per la ripercussione che hanno nell'animo nostro — di una lunga descrizione clinica.

E questa prosa ha un suo particolare ritmo robusto, quanto lontano dalla sterile, fredda, inutile poesia didascalica!

Riportare dei brani di questi quadri significherebbe darne una visione incompleta; ne consigliamo vivamente la lettura a chi abbia il desiderio di un godimento spirituale e ne diamo soltanto due brevi accenni.

L'uno, che esprime la gioia di vedere un *risanato*, un individuo che era uno dei più sconci dementi e che l'autore vede — libero — al lavoro nei campi e gli fa:

« — Bravo. Lavori? — gli chiedo con la solita voce che vuol esser tranquilla e non lo è.

Perchè lo spettacolo d'una mente risanata non ha l'eguale nel mondo. E questa volta io non odo la sua risposta e dimentico la pena sofferta, l'orgoglio della prova raggiunta, il fragile, caduco destino che ci affratella, per guardare il suo volto come si guarda, cessato il turbine, risplendere ancora il mare ».

L'altro è una massima che l'autore porta a conclusione di un capitolo e che il medico dovrebbe sempre tener presente.

« Disperare della natura o misurarla col nostro piccolo metro di giudici e di moralisti è da miseri.

Accettarla, ascoltarla, volgerla a nostro vantaggio è da forti ». *fil.*

(2) Le Monnier, ed., Firenze, 1929.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XIII. - Procedimento disciplinare per concorrenza eccessiva: assoluzione, ricorso del denunziante.

Un sanitario libero esercente denunziò al Consiglio dell'Ordine un collega per concorrenza, diciamo così, eccessiva, e chiese che fosse ordinata la remozione di avvisi e la chiusura di un ingresso. Il Consiglio e l'Assemblea generale dell'Ordine dichiararono non esser luogo a sanzione disciplinare.

Il denunziante ricorse al Ministero dell'interno, il quale dichiarò inammissibile il reclamo *per difetto* di *interesse giuridico* e, quindi, non giudicò della legittimità del provvedimento di assoluzione.

Fu prodotto ricorso, contro questa determinazione, al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, il quale, con decisione 22 febbraio 1930, n. 81, ha esaminato e risoluto la sola questione che, in quella fase, era oggetto di contestazione: se, cioè, abbia diritto di ricorrere contro il provvedimento di assoluzione chi abbia denunziato un sanitario, sia pure per fatto che egli ritenga lesivo di un suo interesse. Non si trattava di una contestazione tra sanitari per la quale il Collegio professionale dovesse intervenire per amichevole interposizione. L'attività del Consiglio e dell'Assemblea riguardava un procedimento disciplinare vero e proprio, che avrebbe dovuto essere concluso da una determinazione di condanna o di assoluzione, per sua natura soggetta a sindacato gerarchico prima e a controllo giurisdizionale poi. Ma per agire è necessario un interesse giuridico. Da questo punto di vista, il denunziante ha diritto di ricorso contro il provvedimento di assoluzione?

Il Consiglio di Stato ha osservato, anzitutto, che l'*azione disciplinare* appartiene normalmente alla stessa pubblica amministrazione alla quale è attribuito il potere di repressione punitiva. « Al privato non può riconoscersi alcun diritto di azione o di ricorso in materia disciplinare, *se non in quanto* sia il soggetto passivo del rapporto disciplinare, ovvero venga colpito dalla punizione disciplinare; giacchè, in questo caso, può verificarsi la lesione di un interesse legittimo del singolo, di un interesse, cioè, individuale protetto dalla legge ».

Vero che l'azione disciplinare è esercitata di ufficio o *su reclamo* delle *parti interessate;* ma l'art. 34 del regolamento 21 marzo 1929 n. 547, così disponendo, non ha voluto attribuire ai privati il diritto di *promuovere* un procedimento disciplinare e, quindi, di gravarsi contro una pronunzia obbligatoria; ma ha voluto soltanto indicare che simile procedimento può essere svolto per *iniziativa spontanea* degli organi preposti alla tutela disciplinare o su denunzia di interessati.

La risoluzione del Consiglio di Stato sembra giuridicamente corretta.

La legge attribuisce agli Ordini il potere di reprimere azioni ed omissioni illecite, nel campo dell'attività professionale; anche l'azione disciplinare appartiene all'Ordine, al quale spetta di decidere se per un dato fatto si debba procedere. Il privato interessato può eccitare, provocare l'esercizio dell'azione, ma non può promuoverla. Anche se sia segnalato, agli effetti della repressione disciplinare, un fatto lesivo di un interesse del privato, questi può denunciare, ma non ha diritto di azione e, quindi, di ricorso al fine dell'applicazione della pena.

Il Consiglio di Stato ha considerato anche se questi criteri debbano essere modificati per effetto delle disposizioni del testo unico 26 aprile 1928 n. 1313, le quali, coordinando le norme della legge sugli Ordini sanitari con quelle della legge sindacale 3 aprile 1926, n. 563, accordano anche ai *Sindacati* la facoltà di impugnare i provvedimenti dei Consigli amministrativi in materia disciplinare. Ma ha osservato che i Sindacati legalmente riconosciuti sono persone giuridiche di diritto pubblico e agiscono per fini di pubblico interesse, quasi in veste procuratoria della pubblica amministrazione nella rappresentanza specifica degli interessi professionali dalla legge applicati alla loro tutela.

E', quindi, da distinguere la posizione del Sindacato da quella del privato, anche agli effetti della persecuzione e della repressione disciplinare.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Lo Statuto della Federazione Italiana dei Medici Sportivi.

Dal Bollettino del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici e degli Ordini Medici, riportiamo lo statuto della Federazione Italiana dei Medici Sportivi.

FINALITÀ DELLA FEDERAZIONE.

La F.I.M.S. inscritta nel C.O.N.I. ha le seguenti finalità:

1. - Aiutare praticamente quanto si ritenga utile all'organizzazione scientifica dell'educazione fisica. A tale scopo utilizzerà gli studi scientifici che saranno oggetto di discussioni e decisioni in seno al Comitato Medico di cultura fisica di Bologna.

2. - Provvedere alla vigilanza sulle capacità di resistenza fisica degli adolescenti, giovani, adulti che si esercitano nelle varie branche della ginnastica e dello sport, al fine di ottenere una massa selezionata, robusta, ben preparata fisicamente e moralmente a servire la Patria in tutti i campi.

3. - Organizzare la propaganda nazionale per la cultura fisica.

4. - Organizzare corsi scientifici per medici e dottoresse, per allenatori e massaggiatori sportivi.

5. - Sorvegliare il funzionamento dei gabinetti scientifici sportivi extra-universitari, così provinciali che sociali.

6. - Organizzare l'opera di assistenza sanitaria degli sportivi regolarmente tesserati al C.O.N.I. e attivi nelle singole società.

7. - Provvedere al ricovero nel Rifugio Sanitario Sportivo di Roma degli infortunati per cause sportive.

ORGANI DELLA F. I. M. S.

Essa è costituita: del *Presidente*, del *Segretario*, del *Vice Presidente*, del *Vice Segretario*, del *Direttorio*, dei *Medici Sportivi Ispettori Regionali*, dei *Medici Sportivi Capi Provinciali*, dei *Medici delle Società*.

Il Presidente è S. E. l'on. Augusto Turati, Commissario straordinario del C.O.N.I.

1. - Il *Segretario* è nominato dal Presidente della F.I.M.S. fra i membri del Direttorio; è alle sue dipendenze dirette; si tiene a contatto stretto con gli organi del C.O.N.I. (segretario generale, segretari di Federazioni, ecc.), e dell'O.N.D. (Direttore generale, Ispettore sportivo, ecc.) e col Segretario generale dei Sindacati medici nazionali per tutte quelle attività della F.I.M.S. che possono svolgersi nell'ambito della attività dei Sindacati.

Provvede a far conoscere agli organi della F.I.M.S. tutte le deliberazioni del Presidente, ed a riferire a lui sulle attività degli organi periferici.

Segue le attività dei Segretari delle varie Federazioni sportive e prende parte alle riunioni dei Comitati direttivi di quelle.

Deve risiedere a Roma.

Riveste contemporaneamente la carica di *medico sportivo ispettore centrale*.

2. - Il *Vice Segretario* è nominato dal Presidente su proposta del Segretario, deve risiedere in Roma, coadiuva il Segretario e lo sostituisce nelle sue eventuali assenze, è alle dirette dipendenze del Segretario.

Può essere scelto fra i medici sportivi della città. Non ha funzioni deliberative.

3. - Il *Direttorio* è definitivamente costituito di undici membri scelti dal Presidente fra i medici più versati in questioni sportive. Si riunirà ogni qualvolta il Presidente lo ritenga necessario per deliberare su questioni di pratica attuazione. Le deliberazioni saranno sempre sottoposte all'approvazione del Presidente e quindi rese di pubblica ragione. I membri che non siano stati presenti alle riunioni per due volte di seguito sono considerati dimissionari.

4. - I *Medici sportivi ispettori regionali* sono nominati dal Presidente in numero di uno per ogni regione, e sono a contatto coi rappresentanti del Governo, Segretari federali del P.N.F. di ogni provincia.

Ogni Ispettore regionale ha alle sue dipendenze i medici sportivi capi provinciali; ne sorveglia l'attività; fa le proposte al Presidente per nomine o eventuali sostituzioni; si assicura dell'immediata esecuzione delle disposizioni emanate dal Presidente.

Propone la nomina, in seguito a proposta del Medico sportivo capo provinciale, dei medici sportivi delle società; organizza la propaganda per la cultura fisica e gli sports (specie per quelli atletici e di combattimento) con articoli, conferenze, proiezioni cinematografiche, ecc.); riferisce su tutto ciò al Presidente trimestralmente, od ogni qualvolta lo ritenga necessario.

Si astiene dal prendere decisioni per questioni importanti senza averne avuto autorizzazione.

Tali proposte possono anche essere oggetto di discussione in seno al Direttorio appositamente convocato.

Sorveglia la funzione dei gabinetti scientifici sportivi provinciali e sociali della regione.

5. - *I medici sportivi capi provinciali* sono nominati dal Presidente, su proposta del medico sportivo ispettore regionale.

Si mantengono a contatto col rappresentante del Governo e col Segretario federale per quanto riguarda le questioni interessanti lo sport.

Propongono al medico sportivo ispettore i medici sportivi che ritengono adatti ad espletare le mansioni nelle Società ginnastiche o sportive, così per i gruppi maschili che femminili. Cercano la collaborazione dei tecnici, dei medici dell'O.N.B., degli Istituti Universitari.

Guidano l'attività dei medici sportivi della Società, specie per la scelta e la sorveglianza degli iscritti a gare provinciali, regionali e nazionali.

Coadiuvano il medico ispettore nella sorveglianza o nel funzionamento dei gabinetti scientifici sportivi.

Riferiscono trimestralmente al medico sportivo ispettore sull'andamento dei servizi e fanno le proposte che ritengono adatte.

Non prendono iniziative importanti senza averne riferito all'Ispettore.

6. - *Medici sportivi.* — Sono nominati dal Presidente su proposta dei dirigenti le Società sportive (proposta che deve esser fatta al medico sportivo capo provinciale), e devono inviare due fotografie per tessera direttamente alla segreteria della F.I.M.S. e la quota d'iscrizione annua al C.O.N.I. in L. 2 più L. 15 per la tessera, che rappresenta il documento ufficiale della loro nomina, e sarà ritirata quando cessi per qualche ragione la prestazione della loro opera di medici sportivi.

Acquistano diritto alla nomina in primo luogo i medici che avranno frequentato i corsi per medici sportivi e ne abbiano avuto il certificato di frequenza.

Sono in diretto rapporto col medico sportivo capo provinciale per tutto quanto possa loro occorrere e per rendere conto trimestralmente della loro attività.

7. - *Medici iscritti.* — Tutti i medici che ne facciano domanda possono essere iscritti alla F.I.M.S. versando la quota di iscrizione al C.O.N.I. in L. 2 e L. 10 per iscrizione alla Federazione.

I medici iscritti dovranno concorrere nell'aiutare le finalità della Federazione con la propaganda nelle famiglie e nei diversi ambienti sociali per la cultura fisica in genere e in ispecie per quella atletica, per gli sports di combattimento e per i giuochi sportivi atti a preparare moralmente e fisicamente le masse.

Potranno aiutare gli scopi della Federazione prestando l'opera loro in quei centri nei quali lo si ritenga necessario, finchè non sia eretto il gabinetto scientifico sportivo.

Di questa loro opera potranno far relazione all'Ispettore regionale della F.I.M.S.

Attribuzioni dei medici sportivi.

Ad ogni medico sportivo ufficialmente nominato con apposito bollettino che uscirà nel « Bollettino del C.O.N.I. », compete l'obbligo di:

a) esaminare così all'atto d'ingresso, come periodicamente, ogni iscritto alla Società (sia questa appartenente alle Federazioni del C.O.N.I., sia dell'O.N.D., che privata) per stabilire prima di tutto se è sano od affetto da qualche malattia. In questo caso si regolerà a seconda della malattia, provvedendo all'allontanamento temporaneo o definitivo dell'allievo e avvisandone il presidente della Società per iscritto.

Gli esami saranno obbligatoriamente riportati su apposite tabelle, di un tipo unico per tutta la Nazione, accettata dal Presidente della F.I.M.S. che saranno distribuite ad ogni medico sportivo all'atto della sua nomina;

b) all'esame di valutazione sportiva si varrà dell'aiuto di uno degli istruttori designato dal presidente delle società, e delle apposite tabelle che portano le norme per detta valutazione.

Per la valutazione fisica, qualora non possa completare la tabella, per mancanza di strumentario adatto, può richiedere, nelle città dove già siano impiantati i gabinetti scientifici sportivi, di mandare od accompagnare gli allievi per tutti gli esami del caso.

Quando manchino i mezzi di esame completo il medico dovrà utilizzare i mezzi a sua conoscenza utili al rilievo dei dati necessari. Potrà, nel caso, chiedere consiglio al medico capo sportivo provinciale;

c) dagli esami fatti ai sani il medico sportivo dedurrà l'attitudine a sopportare gli esercizi che il soggetto chiede di fare, a studiare gli effetti che ne riceve, regolando così anche l'attività dell'allievo.

In quest'opera egli deve essere sempre affiancato all'istruttore o all'allenatore. In caso che l'allievo non sia ritenuto adatto agli esercizi che vorrebbe scegliere, il medico gli consiglierà per un primo tempo un tipo di attività fisica più consono colle condizioni di sua resistenza;

d) qualora l'allievo rifiuti di accettare il consiglio medico; questi ne riferirà per iscritto al presidente della società cui è devoluta la responsabilità morale di non aver provveduto, responsabilità che si aggraverà in caso di infortunio o malattia dipendente da cause sportive. In tali casi il medico ne riferirà sempre al medico sportivo capo provinciale o, in sua mancanza, al medico sportivo ispettore regionale che ne comunicherà al Presidente della F.I.M.S.

In modo particolare la sorveglianza del medico è richiamata sui giovani che si dedicano ad esercizi molto intensi così all'atto d'ingresso nelle società come e sopratutto durante gli allenamenti.

Di queste osservazioni, e di quanto altro ritenga opportuno farà relazione scritta ogni trimestre al medico sportivo capo od in sua mancanza al medico sportivo ispettore regionale che ne riferirà alla Presidenza;

e) egli inoltre giudicherà della capacità fisica degli iscritti a gare sociali, provinciali, nazio-

nali, del loro stato di allenamento che sarà seguito con particolare cura, alfine di evitare che siano fatti partecipare a gare soggetti non preparati, mal preparati, o inadatti, ai quali dall'eccesso di attività fisica non verrà che danno;

f) inoltre il medico sportivo presterà i soccorsi del caso per infortuni da cause sportive ai quali gli avvenga di presenziare, e redigerà apposita dichiarazione su registro che terrà presso di sè.

Tale dichiarazione potrà essere utilizzata dalla Segreteria del C.O.N.I. qualora decida di aiutare l'infortunato provvedendo al ricovero in una clinica privata o nel Rifugio sanitario sportivo di Roma non appena saranno applicati gli articoli 5-6 dello statuto della F.I.M.S. non contemplati in questa prima parte del regolamento;

g) tutti gli esami descritti al fine di rendere meno gravoso l'inizio del nuovo lavoro del medico sportivo saranno fatti in primo luogo ai nuovi entrati nelle società e agli entrati nell'ultimo anno, sempre nel caso che siano soci attivi;

h) il medico sportivo incaricato del funzionamento del gabinetto scientifico sportivo farà al medico sportivo capo provinciale rapporto semestrale del lavoro espletato dal gabinetto.

GABINETTI SCIENTIFICI DI VALUTAZIONE FISICA E SPORTIVA

Dovranno sorgere in ogni capoluogo di provincia, arredati in modo sufficiente a tutti gli esami d'indole fisio-psichica e dovranno avere sede in ambienti sportivi (stadi o palestre dei quali faranno parte), per studiare i giovani nelle ampiezze di capacità funzionale dei loro organi di fronte agli sports, come nell'attitudine ai diversi sports. Ne sarà direttore tecnico il medico sportivo ispettore regionale, che potrà incaricare del funzionamento il medico sportivo più atto.

Dei lavori scientifici che saranno fatti presso detti gabinetti, dovrà esserne inviata copia alla Presidenza della F.I.M.S.

I gabinetti privati gestiti da medici sportivi faranno capo all'ispettore regionale con relazione scritta semestrale dell'attività svolta.

N. B. — Gli articoli 6 e 7 dello Statuto saranno svolti in un secondo tempo.

Saranno indetti concorsi a premio da L. 500 a L. 1500 per pubblicazioni scientifiche e tecniche di indole eminentemente pratica ad uso dei medici sportivi, degli istruttori, allenatori e massaggiatori.

Saranno anche istituiti premi annui sotto forma di danaro e di medaglie d'oro di benemerenza per quei medici sportivi che nell'adempimento della loro attività professionale e fascista, dimostrino di compiere opera proficua e altamente redditizia.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALBAIRATE (*Milano*). — A tutto il 31 mag.; lire 11.200 e 5 quadrienni dec., oltre L. 400 bicicl., L. 700 se uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

BIANCAVILLA (*Catania*). — 2ª condotta; al 20 mag.; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; tassa L. 50.

BARBINETO (*Savona*). — Scad. 31 mag.; L. 8400 e 10 bienni ventes., oltre c.-v., L. 300 trasp., L. 500 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

BORGOSATOLLO. — (*Brescia*). — Scad. 31 mag.; L. 11.000 e c. v.; per Montironi.

CASTIGLIONE DI SICILIA (*Catania*). — Scad. 15 giugno; 1° reparto; L. 8.000 per 500 pov.; addizionale L. 3; quattro quinquenni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CANICATTÌ (*Agrigento*). — Scad. 20 mag.; due condotte; L. 8000 ciasc. e accessorî; età lim. 45 a.

CARRODANO (*La Spezia*). — Scad. 15 lug.; L. 8200 oltre 10 bienni ventes., L. 500 uff. san., età lim. 25-40 a.

CERRO TANARO (*Alessandria*). — Scad. 31 mag.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 1000 trasp., L. 500 uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

CETONA (*Siena*). — A tutto 15 giu., due condotte; L. 8500, oltre c.-v., L. 3500 trasp., 6 quadrienni dec., L. 500 all'uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CHIOGGIA. *Congregaz. di Carità*. — Primario medico dell'Osp. civile; a tutto 17 maggio.

GROPPELLO CAIROLI (*Pavia*). — Scad. 30 giu.; L. 14.000 aumentabili e c.-v.

GUARDIA LOMBARDI (*Avellino*). — Scad. 30 mag.; L. 6484 e 5 quadrienni dec., età lim. 40 a.

ISERNIA. — Due condotte, per Longano e S. Agapito; scad. 15 ag.

LUCERA (*Foggia*). — Scad. 20 mag.; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; c.-v. L. 840; età lim. 35 a.; tassa L. 25.

MASSA MARITTIMA (*Grosseto*). — Scad. 20 mag.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec.; tassa L. 50; per Monterotondo.

MOGORELLA RUINAS (*Cagliari*). — Scad. 30 mag.; L. 10.500, oltre L. 500 serv. sanit., L. 2000 cavalc.

PALAZZAGO (*Bergamo*). — Condotta medica. Scadenza 31 maggio. (V. N. 18).

PIEVE EMANUELE (*Milano*). — Scad. 20 lug.; con Opera; L. 12.200 oltre L. 1500 trasp.

PRAGELATO (*Torino*). — Scad. 10 lug.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san.; L. 500 trasp.; L. 500 indennità alloggio.

PREDOSA (*Alessandria*). — Scad. 31 mag.; lire 7000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1800 trasp., L. 500 uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,25.

TRIESTE. *Cassa Circondariale di Malattia*. — Medico per le visite preventive e periodiche prescritte per gli operai occupati nella lavoraz. di materie tossiche dal decr. minist. 20 marzo 1929-VIII. Pratica ospedaliera triennale ovvero, per ogni

anno di mancata pratica ospedaliera, due anni di pratica privata. Per informaz. rivolgersi alla Direzione.

Venezia (*Comune*). — Assistente del Laboratorio micrografico; coadiutore e assistente del Labor. Chimico. Scad. 16 luglio. Rivolgersi alla Segreteria generale (Ufficio personale).

Verona. *Ospedale Civile.* — Scad. 30 giu.; primario specialista in dermosifilopatia. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consiglio Ospedaliero.

Vestigne (*Aosta*). — Scad. 13 giugno; L. 8.000 oltre L. 500 uff. san. e L. 500 trasp.

Vicenza. *Ospedale Civile.* — Anatomo-patologo; L. 6000 e percentuale. Gli sarà affidata anche la direzione sanitaria; L. 15.000 oltre L. 3000 serv. att. e L. 9000 indenn. alloggio. Sei trienni ventesimo. Biennio di prova. Scad. ore 18 del 31 mag. Età lim. 45 a. Doc. a 3 mesi del 16 apr. Tassa L. 50,10. Per le altre condizioni chied. annunzio.

Vorarno (*Brescia*). — Scad. 15 giu.; L. 10.000, oltre L. 3500 trasp.; chied. annunzio.

Zone (*Brescia*). — Scad. 25 mag.; L. 10.000, c.-v., oltre L. 500 uff. san.; tassa L. 50,15.

La Federazione Italiana Fascista di lotta contro la tubercolosi è stata incaricata di ricercare candidati per il posto di direttore di un Sanatorio di 200 letti a Manilla (Filippine). Si richiede pratica pneumotorace, capacità direttiva e d'insegnamento per la creazione personale, per cui è indispensabile la conoscenza dell'inglese e dello spagnolo. Il trattamento è da 7 ad 8000 dollari, viaggio di andata e ritorno gratuito se sarà stipulato un contratto di almeno due anni.

I candidati in possesso dei suddetti requisiti possono rivolgersi direttamente alla Federazione Nazionale Fascista contro la Tubercolosi (Roma, via Toscana, 12) per ulteriori schiarimenti.

Il Segretario generale: Prof. F. Bocchetti

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il premio della Fondazione Ferrero di Cavallerleone pro ufficiali medici del R. Esercito in S.P.E. è stato assegnato in parti uguali al colonnello medico Filippo Caccia e al ten. colonnello medico Arturo Casarini. Rallegramenti cordiali ai due valenti studiosi, che onorano il corpo sanitario del R. Esercito.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Genova.

L'inaugurazione del Corso di Studi scientifico-pratici sulla tubercolosi.

Nella grande Aula degli Istituti biologici della nostra Università il sen. prof. Edoardo Maragliano ha inaugurato, nel pomeriggio del 28 aprile, l'annuale Corso di Studi scientifici pratici sulla tubercolosi, al quale accorrono come alla miglior fonte di perfezionamento falangi di medici da ogni regione d'Italia. Il sen. Maragliano, accolto al suo apparire da un'ovazione che gli espresse la gratitudine e la devozione del foltissimo ed eletto uditorio, ha parlato in lucida sintesi dell'evoluzione degli studi sulla tubercolosi dimostrandone tutta l'importanza nei campi della clinica, dell'igiene e della medicina sociale. Ha tratteggiato infine il programma dei corsi che saranno svolti nell'Istituto di perfezionamento da lui diretto ed ha lumeggiato la fondamentale importanza di una buona preparazione tisiologica del medico oggi che le provvidenze sociali volute del Governo fascista richiedono opera specializzata a fronteggiare il morbo tubercolare.

Il discorso inaugurale del sen. Maragliano, che fu applauditissimo, fu preceduto da una brillante esposizione del prof. Pietro Canalis, presidente dell'Istituto di Studi scientifici pratici sulla tubercolosi, sulle finalità dell'Istituto stesso.

Il corso è frequentato quest'anno da un centinaio di medici.

Le nuove funzioni peritali del medico, secondo il Progetto Rocco in una conferenza del Prof. Perrando.

La sera del 24 aprile u. s. il prof. G. G. Perrando ha trattato al Circolo di Cultura giuridica lo spinoso argomento delle perizie mediche. Presentato al folto uditorio dall'avv. Oppenheim, l'O. ha anzitutto combattuto il corrente pregiudizio sui cosidetti scandalosi dissensi fra periti rilevando come, fermi restando i fatti materiali ed i fenomeni biologici e clinici, ne possa variare la interpretazione scientifica. Tutte quante le scienze sono relative nelle loro deduzioni ed induzioni ed è relativa, perchè soggetta alla valutazione soggettiva della mente umana, la stessa giustizia quale viene affermata nelle diverse sentenze dei vari gradi giurisdizionali. È quindi assurdo il pretendere non vi debba mai essere dissenso fra i periti medici ed occorre lasciar libera discussione dinanzi alla colta serenità del giudice, che saprà sempre arrivare a conclusioni soddisfacenti.

L'O. dimostrò poi la speciale dignità del perito medico ed insistette sulla necessità di esigere dal perito stesso quella specifica preparazione che deriva dal contenuto tutto particolare della medicina legale, la quale ha sua ragion d'essere nello studio e nella interpretazione dei rapporti giuridici del fatto tecnico. L'O. considerò poi, fra il massimo interessamento dell'uditorio, le riforme che all'istituto della perizia sono portate dal progetto Rocco del nuovo codice di P. P. Si dichiarò favorevole alla progettata istituzione dei *consulenti tecnici* fiancheggiatori dell'avvocatura di fronte ai periti giurati scelti dal giudice, ma richiamò l'attenzione sulla necessaria elevazione morale e culturale dei periti, che non si otterrà fino a quando non saranno costituiti ruoli chiusi, limitati e rivedibili, di persone particolarmente competenti.

Istituzione questa che, d'altra parte, avrebbe un'origine schiettamente italica, potendo compararsi a quei Collegi dottorali già vigenti ai tempi di Dante negli antichi Statuti fiorentini per la Corporazione dei Medici e degli Speziali.

L'O. fu applauditissimo e complimentato dalle autorità della Magistratura e del Foro genovese, presenti al completo nel salone della Biblioteca Civica ove la conferenza ebbe luogo.

D. Macaggi.

NOTIZIE DIVERSE.

3° Congresso internazionale di anatomia.

Il 3° Congresso federale internazionale d'anatomia avrà luogo ad Amsterdam, dal 4 all'8 agosto, unitamente alla 25ª riunione dell'Associazione degli anatomici.

L'ufficio del congresso è così composto: presidente Brachet; vice-presidente Grynfeltt; segretario perpetuo onorario A. Nicolas; segretario generale R. Collin; segretari Lucien, Debeyre e Augier; tesoriere Verne.

Le adesioni possono inviarsi al segretario generale dell'Associazione degli anatomisti, rue Lionnois 31, Nancy, Francia.

Le ferrovie accorderanno delle facilitazioni.

8° Congresso internazionale di dermatologia e sifiligrafia.

È indetto a Copenaghen, dal 5 al 9 agosto, sotto l'alto patronato del Re di Danimarca. Il comitato organizzatore è presieduto da C. Rasch. Temi: « Eziologia e patogenesi », relatori Darier (Parigi) e Jadassohn (Breslavia); « Immunità, reinfezione e superinfezione nella sifilide », relatori Truffi (Padova) e Wade Brown (New York); « La tubercolosi cutanea e suo trattamento », relatori Adamson (Londra) e Reyn (Copenaghen). Per ogni tema sono anche stabiliti vari correlatori. Al Congresso sarà unita un'Esposizione. Sono in programma vari festeggiamenti e tre escursioni. Quota: 240 franchi francesi per i membri effettivi, la metà per le persone di famiglia, da inviare al tesoriere dott. Harald Boas. Informazioni e programmi sono da chiedere al segretario generale, dott. Svend Lomholt. Gli uffici hanno sede fino al 1° agosto, in: Radhuspladsen 45, Copenhague V; poi passeranno in: Rigdagen, Palais Christianslug. Conto corrente postale N. 23435. Commissario dell'Esposizione: C. B. Ingwersen, Danasvej 30, Copenhague V. Indirizzo telegrafico: Dermato.

9ª Riunione Neurologica Internazionale.

La riunione convocata annualmente dalla Società di Neurologia di Parigi avrà luogo nei giorni 3 e 4 giugno, alla Salpêtrière. Temi in discussione: « Reazioni patologiche della neuroglia », relatori Lhermitte e Oberling (Parigi); « La microglia », relatore Del Rio Hortega (Madrid); « Le sciatiche », relat. H. Roger (Marsiglia).

2° Congresso medico panamericano.

Il 2° Congresso dell'Associazione Medica Panamericana si è tenuto a Panama, dal 30 gennaio al 3 febbraio; vi erano rappresentate 15 Nazioni da circa 200 medici, i quali ricevettero accoglienze cordialissime dal comitato organizzatore. I lavori furono presieduti dal dott. J. J. Valentine, di New York. Il programma scientifico fu dei più svariati. A. Agramonte, unico sopravvivente della celebre commissione del 1899, espose lo stato attuale degli studi sulla febbre gialla. Segnaliamo i seguenti altri temi trattati: E. Zubieta, le salpingiti come problema sociale: H. C. Clark, esperienze sulla malaria negli uccelli e nell'uomo; H. L. Bauer, medicina dell'aviazione; E. MacCornack, le indicazioni operatorie nelle affezioni delle vie biliari; L. Comas, urodiagnosi della tubercolosi; C. H. Mayo, diffusione delle conoscenze mediche; W. J. Cree, l'arte di ricettare; ecc., ecc.

1° Congresso spagnolo sulle malattie digerenti e della nutrizione.

Si adunerà a Valenza dal 9 all'11 ottobre, con la presidenza effettiva di F. Rodríguez Fornos, decano della Facoltà medica. Temi: « Itteri emolitici », relat. T. Hernando; « Megacolon », relat. F. Gallart; « Perivisceriti », relat. F. López Vicent; « Trattamento chirurgico della litiasi biliare; risultati prossimi e remoti », relat. L. Urrutia. Sono in programma vari festeggiamenti e una escursione. Segretario generale è D. Ricardo Onero, Valencia, Spagna.

Giornate mediche di Bruxelles.

La 10ª sessione si adunerà, come abbiamo annunziato, dal 28 giugno al 2 luglio, sotto il patronato dei Sovrani del Belgio e con la presidenza del prof. Jules Bordet.

La collaborazione scientifica internazionale aggrupperà molti studiosi di valore; segnaliamo Carrel di New York, Achard e Calmette di Parigi, Chagas Chagas di Rio de Janeiro, Nicolle di Tunisi, Cantacuzène di Bucarest, Alessandri di Roma, Nuttall di Cambridge, Funk di Varsavia, Sabrazès di Bordeaux, Mouriquand di Lione, Pi y Suner di Barcellona, Arthus di Losanna, Roffo di Buenos Aires, Brouha di Liegi, Izquerdo di Messico, Stefanopoulo di Atene, Mayer e van Lint di Bruxelles, ecc.

Il programma delle feste ufficiali è molto ricco e vario.

Le ferrovie belghe e francesi accorderanno una riduzione del 35 % sulle tariffe normali.

Iscrizioni (medici 75 franchi, signore 50) e informazioni presso il segretario generale, dottor R. Beckers, rue Froissart 62, Bruxelles, Belgio.

Congresso medico tedesco.

Viene annunziato per il prossimo giugno a Kolberg (Prussia). Il direttorio ha proposto come primo tema da discutere: « Insegnamento e perfezionamento medico », relatori i proff. Schiecke e Strube di Brema, Schneider di Berlino; come secondo tema: « Relazioni tra la medicina scientifica e il pubblico », relatore il prof. Diepgen di Berlino. Sono in previsione varie gite.

Congresso dei Gruppi Universitari.

Si è svolto presso la R. Università di Perugia il 3° Convegno dei Gruppi Universitari italiani, per la Società delle Nazioni. All'inaugurazione erano presenti il comm. Bruccoleri, per la Società delle Nazioni, il dott. Santoni, vice presidente della Federazione universitaria internazionale della S. d. N., S. E. il Prefetto, il Segretario federale, il rettore dell'Ateneo on. Panunzio e la medaglia d'oro prof. Fantini. I vari delegati rappresentavano 50 nuclei. Ha presieduto la riunione il dott. Tagliavia, dell'Ufficio Centrale dei Gruppi universitari fascisti, in rappresentanza dell'on. Maltini.

La Facoltà medica di Marsiglia.

Il « Journal Officiel » della Repubblica Francese pubblica in data 24 aprile un decreto che istituisce una Facoltà mista di medicina generale

e coloniale a Marsiglia, a partire dal 1° maggio. Il corpo insegnante comprende i seguenti professori titolari: clinica medica, Gaujoux; clinica chirurgica, Imbert; clinica ostetrica, Guérin; clinica neurologica, Roger; clinica oftalmologica, Blanchetière; materia medica e farmacodinamica, F. Mercier; anatomia patologica e patologia sperimentale, Cornil; istologia Romieu; parassitologia Joyeux; chimica medica Moitessier; chimica analitica e idrologia Blanchetière; fisica Chevallier.

Biblioteca medica di Madrid.

Si è costituito un Patronato della biblioteca medica di Madrid; alla presidenza è stato nominato il dott. Abreu; come segretario il dottor Haro. Si è approvato il regolamento della biblioteca. Parecchi medici si sono iscritti quali «Amici della biblioteca» contribuendo, in varia misura, ai fondi per alimentarla.

Clinica per la cura del reumatismo in Londra.

Con l'intervento della regina e del ministro per l'igiene Greenwood, è stata inaugurata a Londra una Clinica per il trattamento del reumatismo, istituita dalla Croce Rossa Britannica, in seguito ad invito del Comitato Britannico sul Reumatismo. Si è adattato a clinica-ambulatorio un vecchio edifizio di tre piani. L'istituzione ha prevalentemente scopi dimostrativi. Si conta di aprirne presto molte altrè.

La spesa, preventivata in circa 20 milioni di lire it., fu rapidamente coperta da sottoscrizioni private.

Ambulatorio di chirurgia plastica a New York.

Il commissario degli ospedali di New York, dott. John C. William Greef, ha annunziato che è stata istituita una divisione di chirurgia plastica negli ospedali municipali; avrà la sede principale all'ospedale Bellevue; ne faranno parte altre dieci unità; direttore generale ne sarà il dott. James Francis Grattan, il quale dirigerà anche l'unità del Bellevue; ivi egli sarà coadiuvato da un aiuto chirurgo e da due chirurghi assistenti; educherà anche il personale per le altre unità, attraverso un internato di un anno, al quale saranno ammessi soltanto chirurghi che abbiano prestato almeno due anni di servizio negli ospedali generali.

Alla Scuola-Convitto " Regina Elena ,,.

La scuola-convitto «Regina Elena» di Roma, la prima vera grande scuola italiana per infermiere, ha festeggiato il suo 20° anniversario; la direttrice miss Dorothy Snell, allieve, alcuni membri del Comitato fondatore della scuola, alcuni sanitari, mons. Faberi, il comm. Emina regio commissario della scuola, la contessa Bruschi-Falgari, dama di corte della Regina, la marchesa Guerrieri Gonzaga, il conte e la contessa Della Rocca De Candal, si riunirono in un simpatico, familiare ricevimento offerto nel salone della scuola stessa.

Molti telegrammi giunsero alla direzione; la Regina inviò il suo caldo affettuoso saluto, l'on. Turati, presidente dell'A. N. F. I. D., il quale onora la scuola del suo alto consenso, volle pure inviare il suo benevolo augurio per il raggiungimento della nobile mèta che la scuola si è imposta.

All'Istituto materno " Regina Elena ,, di Roma.

Sulla facciata dell'Istituto Materno «Regina Elena», eretto in Roma a spese dell'avv. Carlo Scotti, presidente della Congregazione di Carità, è stata inaugurata una lapide, nella quale il Governatorato ha voluto consacrare il ricordo dell'opera benefica compiuta dal fondatore dell'Istituto e le sue benemerenze verso la cittadinanza.

Erano fra i presenti il ministro delle Corporazioni on. Bottai, il Governatore di Roma Principe Boncompagni-Ludovisi, il vice Governatore conte D'Ancora, il segretario generale del Governatorato comm. Rizzo e il capo di Gabinetto del Governatore comm. Di Lullo, il Prefetto, l'on. Blanc Commissario dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia con il direttore generale gr. uff. Graziani, il gr. uff. Ricci capo delle Opere Assistenziali del Governatorato, l'avv. Pinci in rappresentanza della Federazione dell'Urbe, il sen. prof. Pestalozza ed altri.

Dopo un discorso del Governatore, l'on. Blanc ha dato lettura di un telegramma del Capo del Governo, in nome del quale ha consegnato all'avv. Scotti una medaglia-ricordo d'oro.

L'Opera Maternità ed infanzia per l'alimentazione delle madri e dei fanciulli.

Considerata la grande importanza che ha l'alimentazione nel periodo della gestazione, del puerperio e dell'allattamento per la donna e per lo sviluppo del bambino, l'Opera Nazionale Maternità Infanzia ha ritenuto necessario di studiare il miglior metodo di razione alimentare per le madri e i fanciulli, da fare adottare a tutti gli Istituti. Pertanto il R. Commissario on. Blanc ha deliberato di istituire una Commissione di tecnici che raccolga e coordini tutti quegli elementi utili alla compilazione di tabelle dietetiche standardizzate.

A far parte della Commissione sono chiamati i seguenti professori:

a) Fisiologi: prof. Silvestro Baglioni, Roma; prof. Filippo Bottazzi, Napoli; prof. Carlo Foà, Milano;

b) Farmacologi: prof. Sabato Visco, Sassari;

c) Ostetrici: prof. Cesare Micheli, Roma; prof. Paolo Gaifami, Bari; prof. Roberto Bompiani, Roma; prof. Emilio Santi, Trieste;

d) Pediatri: prof. Francesco Valagussa, Roma; prof. Rocco Jemma, Napoli; prof. Dante Pacchioni, Genova; prof. Luigi Spolverini, Roma.

Segretario della Commissione sarà il prof. Guido d'Ormea.

Beneficenza.

Il Consiglio di amministrazione della Cassa di Risparmio di Torino, con l'assistenza del Collegio sindacale della direzione generale, su proposta del presidente prof. dott. Giuseppe Broglia, ha deliberato di erogare alla beneficenza la somma di lire 5.332.804,20, corrispondente ai tre decimi dell'utile complessivo risultato a bilancio in lire 17.776.014,42.

Il Principe di Piemonte ha approvato la distribuzione ad Associazioni benefiche di Torino, propostagli dal Prefetto e dal Podestà, della somma di 425.000 lire sottoscritte dalla cittadinanza torinese in occasione delle auguste nozze.

Incendio in un pedocomio.

Un grave incendio scoppiato in un Ospedaletto a Irvington, nello Stato di Nuova York, dove sono accolti sessanta bambini, fu prontamente avvertito, tanto che si riuscì a trarre in salvo tutti i piccoli ricoverati, non pochi dei quali erano in istato grave. Dell'opera di salvataggio, resa più difficile dalla furia dell'incendio, rimase però vittima un infermiere, tale Edoardo Brice.

Corso di radioterapia a Francoforte.

L'Istituto universitario di radioterapia a Francoforte sul Meno ha organizzato un corso di perfezionamento in radioterapia, che comincerà il 26 maggio; il numero degli iscritti è limitato a 40. Gl'interessati potranno richiedere informazioni al prof. Holfelder, direttore dell'Istituto, Frankfurt a M., Germania.

Federazione delle Società mediche d'Egitto.

È in via di costituzione, col nome di « Unione Reale delle Società Mediche d'Egitto », sotto il patronato del Re; comprenderà la Società Reale di Medicina, la Società d'Igiene, la Società Oftalmologica, l'Unione Medica d'Egitto e le sue filiali; in avvenire potrà aggregarsi altre società. Scopo dell'Unione è di stabilire rapporti di cooperazione tra tutte le Società Mediche Egiziane; di rafforzarle, per rendere più efficaci i loro contributi alla medicina e all'igiene; di diffondere lo spirito di colleganza e di mutua assistenza tra i medici; di rialzarne il prestigio; d'istituire una cassa di soccorso, ecc. L'Unione non ha scopi politici, nè religiosi. Sarà retta da un Consiglio.

Nella stampa sanitaria.

La « Revista Española de Tuberculosis » si propone d'intensificare la cultura dei medici nel campo della tisiologia; di pubblicare i lavori sperimentali e clinici eseguiti in Spagna sulla tubercolosi; di raccogliere la bibliografia specifica; di promuovere la lotta contro la tubercolosi. Si occuperà anche delle malattie dell'apparato respiratorio in genere. È diretta dal dott. J. Valdés Lambea; ne è redattore-capo il dott. J. Alvarez Sierra; segretario di redazione il dott. J. Ruiz de Guardia. Gli uffici hanno sede a Madrid, Almagro 25. Augurî.

Giubileo di laurea.

I laureati a Pavia nel 1905 in medicina e chirurgia sono invitati a trovarsi a Pavia il 1° giugni per la celebrazione del loro 25° di laurea.

Mandare l'adesione al prof. Camillo Chiri.

In onore di due medici.

In un'adunanza del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Bergamo è stata consegnata ai due expresidenti dell'ordine stesso, dottori Montanari e Roviglio, una pergamena con medaglia d'oro, come ringraziamento per l'opera attiva e disinteressata per lungo tempo prestata dai due a favore della classe medica.

Responsabilità civile.

Il Tribunale di Cremona ha condannato un chirurgo e l'ospedale dal quale questi dipende, al risarcimento dei danni per fatto colposo, in quanto che nell'eseguire una gastroenterostomia venne lasciata una pinza Péan entro l'addome del paziente; si manifestò poi una peritonite adesiva; durante una seconda operazione, eseguita dieci mesi dopo la prima, il paziente venne a morte. Il caso è discusso ampiamente ne « Il Diritto Pubblico Sanitario » (aprile 1930): si giunge alla conclusione che l'errore professionale non importa responsabilità e quindi neppure risarcimento di danni.

Assassinio di un medico.

Il dott. Salvatore Melini, medico condotto a Siliqua (Cagliari), ex combattente, di 37 anni, è stato assassinato a colpi di rivoltella da un certo Emilio Baldi, minacciato dal medico di denunzia per maltrattamenti alla madre.

Bambini uccisi in un ospedale.

Un infortunio quasi incredibile è occorso (a quanto informa la « Deut. Med. Woch. » del 27 aprile, nell'Ospedale Bellevue di New York: in seguito all'introduzione del sistema metrico per la posologia dei medicinali, è avvenuto uno scambio tra grani (gr.) e grammi (g.) col risultato che sono rimasti uccisi 96 bambini! Si trattava di un espettorante a forte azione, di produzione francese. Com'è noto, il grano equivale a 0,064 grammi; in altri termini, un grammo equivale a circa 16 grani: la differenza è dunque fortissima.

Mostra del Libro Italiano di Medicina.

Per iniziativa del dott. Giovanni Bardi, in occasione della IV Festa Nazionale del Libro si è inaugurata in Roma nei locali della sua Libreria di Scienze e Lettere una « Mostra del Libro Italiano di Medicina », alla quale hanno aderito quasi tutte le nostre Case editrici di opere mediche e le Direzioni dei Periodici.

Nei locali, appositamente addobbati e arricchiti di quadri e stampe, è così possibile al visitatore avere sott'occhio tutta la produzione nazionale, rilevarne i pregi e le lacune, consigliarsi e consigliare in merito al vastissimo campo delle nostre discipline.

Fin dalle prime ore, la « Mostra » è stata visitata da insigni cultori delle scienze mediche, e da alcuni professori universitari che sono intervenuti insieme agli studenti, illustrando e commentando le più importanti opere italiane.

Anche noi abbiamo visitato la « Mostra » che resterà aperta tutto il corrente mese di maggio, con ingresso in Piazza Navona, n. 79, riportandone una simpatica impressione pel modo serio con cui la stessa è stata preparata. All'instancabile organizzatore della stessa, rivolgiamo il nostro vivo compiacimento e molti augurî.

E' morto a Bruxelles il dott. CHARLES WILLIEMS, professore di medicina operatoria e di clinica chirurgica all'Università di Liegi, abilissimo operatore. Si ricorda di lui il metodo di mobilizzazione precoce nelle artriti purulente Fondò la Società Internazionale di Chirurgia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Cult. Med. Moderna, 15 dic. — G. CICALA. Tossine dell'« Actinomyces asteroides ».

Deut. Med. Woch., 17 gen. — HÜBNER e al. Omosessualità. — K. ZOELLNER. Trattam. chirurg. del pilorospasmo infant.

Rass. Int. Clin. Ter., 31 dic. — L. GUGLIANETTI. Nevriti ottiche rinogene.

Spitalul, dic. — A. OBREGIA e al. Modificazioni emocitologiche nell'alcoolismo acuto.

Radiol. Med., gen. — G. TORELLI. Roentgenterapia dell'asma bronch. — A. D'ISTRIA. Usure vertebr. da aneurisma.

Ann. de Méd., dic. — A. JACQUELIN e A. DURUYI. Ascessi cronici del polmone da piogeni. — F. COMBEMALE e al. Cura insulinica ingrassante nella tbc. polm.

Bull. Acc. de Méd., 7 gen. — CADIOT. Le uova nell'alimentaz. umana. — LEROY e MÉDAKOVITSCH. Vantaggi sociali ed economici della malarioterapia.

Acta Dermato-Vener., dic. — M. DE MIENIKI e E. DE SAWICKI. Trattam. della sicosi semplice. — A. MATRAS. Trattam. del pemfigo. — V. FRANCOVIC. Reaz. di chiarificaz. di Meinicke.

Arch. Mal. App. Digestif, ecc., dic. — N. OMER e RASSIM ALÌ. Metabolismo delle nucleoproteine. — N. P. RASOUMOV e F. M. LEVINA. Compito del latte nella dietetica delle ipersecrezioni gastriche. — F. MOUTIER e L. CAMUS. Trattam. dell'ulcera gastr. con ormone paratiroideo.

Amer. Journ. Med. Sciences, gen. — J. BANCROFT. Variazioni di volume della milza norm. — E. MCCRAL. Eziologia dell'angina p. — B. BLAND e al. Anemia secondaria nella gravid. e nel puerp. — R. M. GREENTHAL. Il problema dell'eczema. — W. W. G. MACLACHLAN. Impiego del destrosio nella polmonite. — S. R. SLATER. Interessam. delle arterie coronarie nel reumat. acuto.

Zbl. f. Chir., 18 gen. — A. A. OZERELIEV. Disinfezione del campo operat. — M. SIEBNER. Granulomi da corpi estranei.

Soc. de Chir., 6 dic. — ROEDERER. Trattam. delle tbc. ossee. — D. A. PASQUALIS. Le colecistostomie.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., dic. — D. DANIELOPOLU e al. Fisiologia del ganglio stellato. — DUCHOSAL. Registraz. dei rumori cardiaci.

Clin. Chir, nov. — SCALONE. Insegnamenti da reinterventi sullo stomaco per ulcera gastr. e duoden.

Zeit. f. Tuberk., gen. — M. R. H. VAN DEN BERGH. Il BCG ad Amsterdam. — E. GOSTER. Tbc. cerebrale.

Riv. San. Sicil., 1 gen. — G. EPIFANIO e G. COLA. Funzione endocrina della glandola interstiziale.

Journ. A. M. A., 4 gen. — J. F. KESSEL e V. R. MASON. Infezioni protozoarie intestinali. — D. T. SMITH. Relazioni tra angina di Vincent e malattie fuso-spirillari dei polmoni.

Rass. Clin.-Terap. dell'I. B. I., 15 gen. — G. ZAGARI. Glicoreazione nella fisiologia e patologia epatica. — A. BUSINCO. Morte timica.

Pathologica, 15 gen. — P. VERGA. Infarto dell'ipofisi. — E. SAMEK. Bronchiettasie multiple cirrotiche, ecc.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII — Roma, 19 Maggio 1930 — Num. 20

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Arcispedale di S. M. della Consolazione in Roma.
Primario chirurgo: prof. S. MUZII.

Contributo clinico al nuovo metodo di Muzii per la perfetta ricomposizione ortopedica delle fratture diafisarie del femore.

Dott. FABIO BENEDETTI-VALENTINI, aiuto chir.

Il lettore ha già compreso dal titolo che questa mia breve memoria non ha pretese, e molto meno è stata scritta, come purtroppo è talvolta accaduto, con l'ambiguo o disonesto intendimento di togliere altrui la proprietà della concezione o della attuazione di un mezzo terapeutico nuovo, il quale non potrà non destare il plauso dei competenti per la sua geniale semplicità.

Chiunque abbia alquanta dimestichezza con la terapia delle fratture, per essersi lungo tempo indugiato nei reparti ove in maggior numero sogliono affluire i traumatizzati; o chiunque altro, per nozioni acquisite dai libri, ne abbia del pari teorica conoscenza, avrà certo contezza della enorme difficoltà che offrono alla buona riposizione certe fratture diafisarie, per esempio quelle del femore e dell'omero, e ricorderà senza dubbio che per lungo tempo chirurgi ed ortopedici d'ogni paese si sono tormentati per escogitare il mezzo più idoneo ad ottenere l'esatta ricomposizione di esse, i cui frammenti per altro si sono sempre mal volentieri e mai completamente piegati ai cento artifici ed ai cento apparecchi, i quali, o con trazioni o con pressioni variamente dirette e combinate, cercavano di ricondurli alla obbedienza.

I risultati pratici di questi diuturni sforzi sono stati i seguenti: chi ha voluto, per raggiungere la perfetta restituzione alla integrità dei traumatizzati, prendere di mira la *ideale ricomposizione anatomica di certe fratture*, ha dovuto rivolgersi ai mezzi cruenti; e chi invece, in seguito a considerazioni varie, sul valore delle quali non è opportuno per ora discutere, ha creduto far meglio insistendo nella cura ortopedica anche nei casi difficili, ha dovuto a forza rinunciare al perfetto, ed accontentarsi del *sufficiente risultato funzionale*, dopo aver constatato che qualsiasi artificio per ottenere la riduzione completa e la sicura contenzione dei frammenti era vano.

È così che dalla semplice stecca lignea di Mac-Ewen e da quella metallica di Thomas o dalla doccia pelvi-dorso-podalica di Ollier, adoperati come apparecchi amovibili nel trattamento d'urgenza delle fratture del femore e talvolta lasciati come apparecchi definitivi, si è passati alle grandi gessature pelvi-podaliche, dopo tentativi di riduzione praticati a malato desto o meglio sotto narcosi. E, dopo la reiterata constatazione dei mediocri risultati ottenuti con questi ed altri sistemi di cura, si è giunti ai metodi che sono anche attualmente in auge, quasi tutti basati sul principio della estensione continua in diverso modo ottenuta: o con trazione sulla estremità inferiore della coscia, essendo la gamba in atteggiamento flesso, secondo il metodo più antico di Hennequin che tutti conoscono, od alla maniera più nuova di Züppiger, di Destot o di Blacke; oppure con tiraggio esercitato, a mezzo di lunghe striscie di cerotto adesivo, su tutto l'arto posto in estensione, al modo di Bardenheuer o di Tillaux; o anche applicando direttamente la forza traente su elementi scheletrici (calcagno, condili femorali) mediante il chiodo di Codivilla o di Steinmann o di Lambret. Finalmente gli apparecchi ambulatori ideati da Delbet, da Dupuy de Frenelle e da altri han cercato di combinare in vario ed ingegnoso modo la estensione continua della coscia con la contenzione più o meno perfetta dei frammenti ossei, concedendo altresì al p. la possibilità della deambulazione e al terapista quella del massaggio ed anche delle medicazioni nel caso in cui esistano per avventura lesioni delle parti molli (1-2). Un passo più innanzi ha tentato in Italia il Gianturco con i suoi apparecchi costruiti in modo che sia possibile fare assumere all'arto fratturato quell'atteggiamento che risulti il migliore, nel caso particolare, sotto lo schermo radiologico (3).

E dopo ciò a tutti è sembrato e sembra tuttora che poco di meglio si possa escogitare ed attuare, volendo seguire l'indirizzo ortopedico nella terapia delle fratture diafisarie del femore. E se un uomo come Tuffier è arrivato a dire che di queste la sola riposizione assiale è sufficiente, e la correzione dell'accavallamento è una « coquetterie chirurgicale », è segno che dalla maggioranza dei competenti si era rinunziato quasi completamente alla ricomposizione ortopedica ideale di certe fratture diafisarie.

Ma l'ideale del perfetto continua tuttavia a vivere e a tormentare la mente degli uomini, e questa è la fonte perenne del miglioramento e del progresso. E non credo di dire troppo nell'affermare che un vero progresso è stato or ora realizzato nella cura ortopedica delle fratture diafisarie in genere e sopratutto in quella del femore dal nostro maestro, il prof. S. Muzii, col suo nuovo metodo di ricomposizione in due tempi. Del quale è mio intendimento esporre brevemente il principio, e spiegare la pratica attuazione con quei modesti mezzi che da noi furono usati, affinchè questo mezzo terapeutico possa diffondersi rapidamente fra i giovani colleghi che si occupano o si dilettano di chirurgia e di ortopedia. Mostrerò infine a mo' di esempio le fotografie e le radiografie di alcuni miei casi, i quali rappresentano le primissime applicazioni, dopo quelle con le quali l'A. stesso ha voluto di sua mano attuare l'idea felicemente concepita.

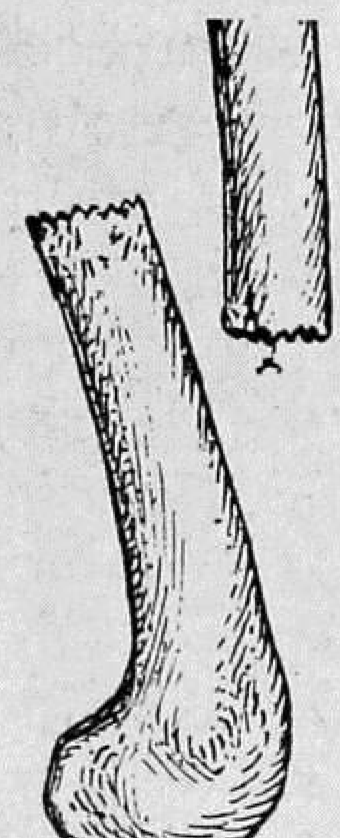
IL PRINCIPIO. — Data una frattura diafisaria della quale non sia possibile ottenere la riduzione completa, per cui si prevede che sarà d'uopo o ricorrere all'operazione, oppure accontentarsi di una correzione approssimativa, preoccupandosi più che altro di avere il ripristino dell'asse, rassegnandosi ai soliti due o più cm. di raccorciamento, come di solito occorre in quelle del femore ed anche dell'omero, sopratutto se sono (ed è il caso più frequente!...) trasversali; si vuole in *I tempo ottenere*, con opportuno artificio, il *contatto o più propriamente la corrispondenza* per quanto è possibile *completa delle due superfici di frattura*, qualunque sia la direzione che debba assumere l'asse dell'un frammento rispetto a quello dell'altro; ed attendere poi che si formi sul focolaio di frattura un callo abbastanza resistente per garantire la solidarietà di essi, ma sufficientemente molle per permettere di modificarne ancora la direzione.

In II tempo, approfittando di queste condizioni anatomiche, si vogliono abolire quegli elementi della scomposizione che in primo tempo non si sono corretti o si sono, ad arte, provocati od esagerati, e ridonare così all'osso la sua figura normale.

Un breve sguardo a questo disegno renderà l'idea meglio della parola (fig. 1).

L'ATTUAZIONE. — È arrivato da un posto di soccorso un fratturato del femore immobilizzato provvisoriamente mediante il solito seccone di MacEwen. Un esame radiografico ha localizzato la frattura all'unione del 3° medio col 3° inferiore. L'immagine presa in posizione antero-posteriore dimostra notevole sovrapposizione dei frammenti (3-6 cm.): il superiore è in leggera abduzione e rotazione esterna, l'inferiore è spostato all'interno; ne risulta un angolo aperto medialmente, di maggiore o minore ampiezza. Quella in laterale

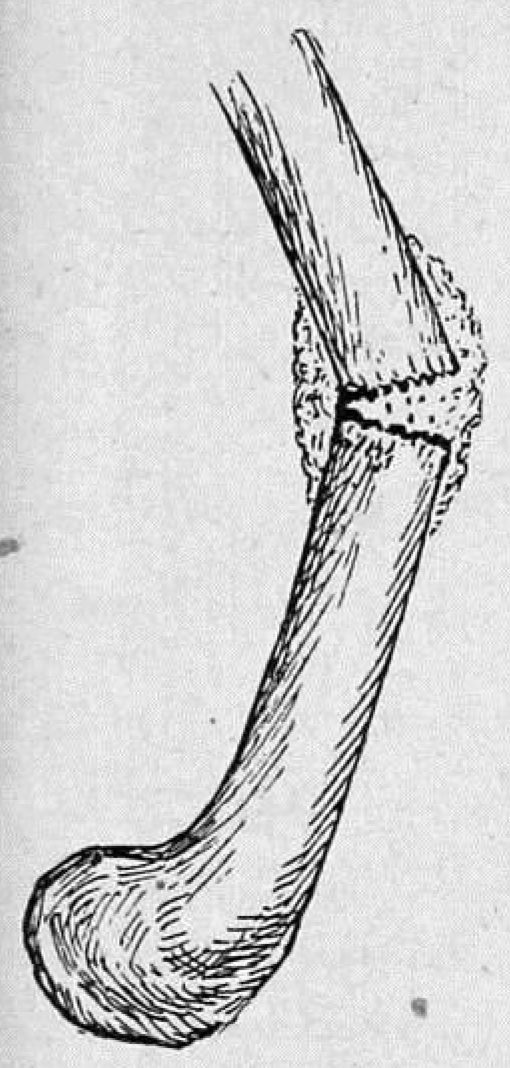
mette in evidenza il più importante spostamento del frammento prossimale in un piano anteriore e del frammento distale in un piano posteriore, e conferma inoltre il rilevante accavallamento di essi.



A

A) La frattura tipo.

Frattura del femore fra 3° medio e 3° inferiore. Il frammento prossimale è anteriore e laterale, il distale è posteriore e mediale.



B

B) Il I tempo.

I frammenti sono a contatto per un punto del bordo posteriore della superficie di frattura. Tale contatto fu reso possibile e permanente dalla situazione angolare. Il callo fibroso si è già formato.



C

C) Il II tempo.

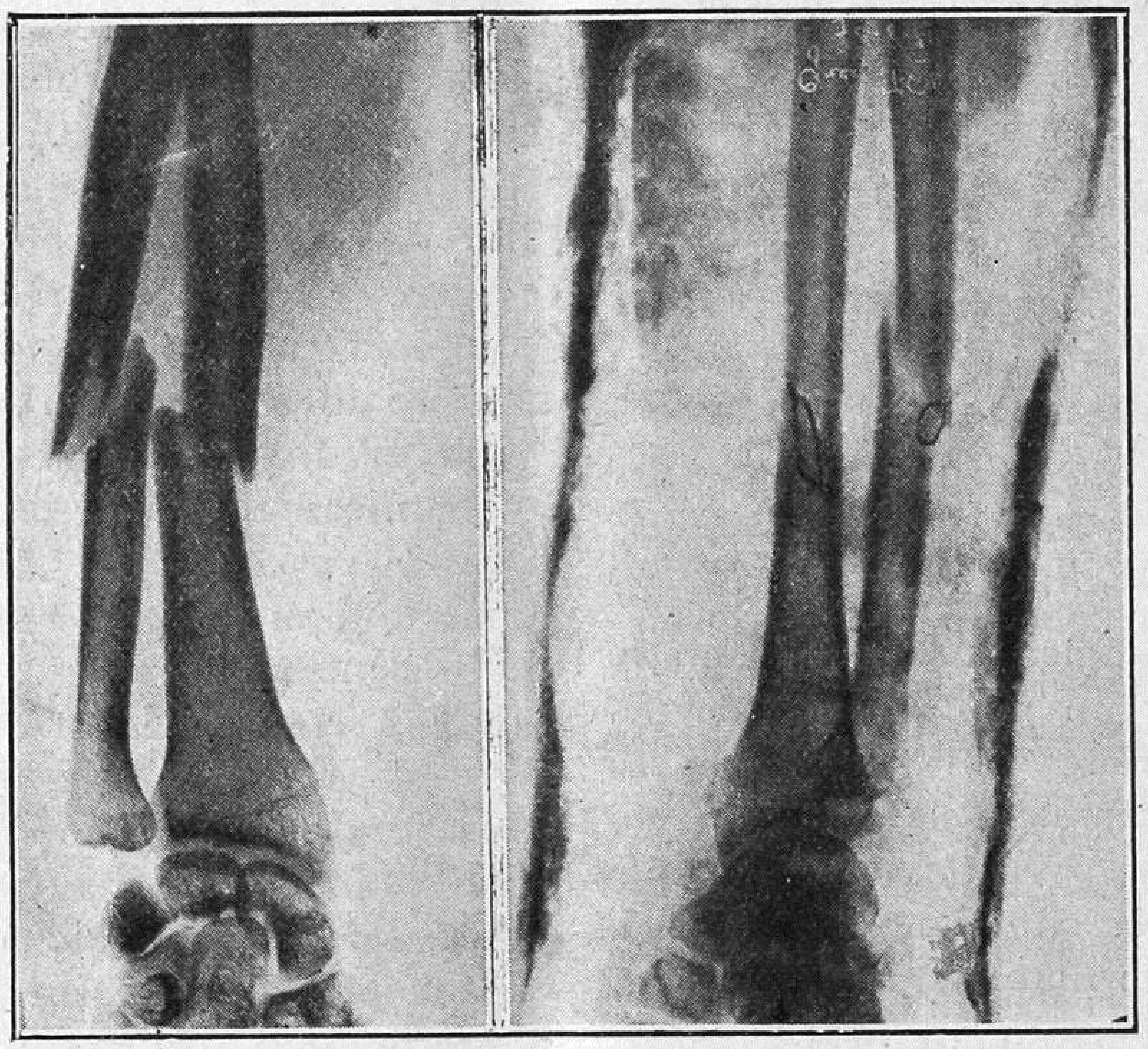
I frammenti, resi solidali dal callo, abbastanza solido ma ancora docile, sono ricondotti perfettamente in asse.

FIG. 1.

Il p. è trasportato nel gabinetto radiologico ove sono già pronti i soliti istrumenti per la estensione meccanica ed il materiale occorrente per la fabbricazione di un grande gesso pelvipodalico; è inoltre necessaria una robusta fascia di tela larga 10 o 12 cm. e lunga 3 o 4 metri ed un forte sostegno di ferro o di acciaio, costituito da una larga base, dalla quale si innalza verticalmente un'asta alta circa due metri e mezzo continuantesi con un'altra assai breve ed orizzontale, solidamente unita alla prima e terminante con un largo gancio o meglio ancora con una carrucola (vedi fig. 5).

L'anestesia generale o lombare è di regola per abolire l'azione dei potenti muscoli che han provocato e mantengono lo spostamento dei frammenti ossei (nel caso speciale il frammento superiore, obbedendo all'azione dei muscoli psoas e pelvitrocanterici si porta in flessione, abduzione e rotazione esterna, il frammento inferiore è attirato all'indentro dagli adduttori e posteriormente dai gemelli ed in alto da tutti i muscoli a fibre lunghe della coscia). Quando la risoluzione muscolare è completa, il p. è posto sul sostegno pelvico munito di asse intercrurale ed è sottoposto a lenta graduale ma energica trazione praticata meccanicamente sui piedi, che saranno stati all'uopo guarniti di ghette bene imbottite. Contemporaneamente una larga benda di tela forte bene spolverata di talco è passata ad U sotto la coscia in corrispondenza del 3° inferiore di essa, ossia in modo che il suo bordo superiore non sorpassi l'estremità del frammento distale; le due bande della fascia sono impegnate nel gancio o fatte scorrere sulla carrucola del sostegno che è stato posto all'esterno dell'arto fratturato ed all'altezza del focolaio di frattura. Quando il verme della vite di Lorens, quasi completamente attratto dal manubrio girevole, ha esteso a sufficienza l'arto, si comincierà a tirare man mano e in modo sempre più energico sulle bande della fascia di tela pendenti dal sostegno, il cui piedistallo è reso solidale in qualche modo col suolo. Più o meno prontamente le mani dell'operatore che comanda la manovra potranno, palpando la coscia, percepire l'avvenuto contatto delle ruvide superfici di frattura per un crepitio osseo grossolano. Allora egli, facendo mantenere ben tesa la fascia che solleva ed abduce il frammento inferiore, o facendola addirittura fissare in tensione, ordinerà all'assistente che sta alla vite di Lorens di allentare man mano la trazione; e dopo ciò avrà agio di osservare, sotto un fascio di raggi X provenienti orizzontalmente da una lampada posta di fianco al paziente e di fronte a sè all'altezza del focolaio di frattura, il risultato di queste manovre. Qualche volta troverà che il voluto contatto delle superfici di frattura è stato ottenuto di primo acchito; ma il più delle volte dovrà riscontrare che i frammenti

non si sono « appuntati » e che le due superfici di frattura si guardano direttamente per 1/5 appena od 1/4 della loro totalità. Allora egli dovrà far ripetere la manovra, intensificando prima la trazione sulla benda tesa dal sostegno, per non perdere quanto si è conquistato, e poi la trazione podalica, ed aiutare egli stesso il lavoro degli assistenti con energiche ed accorte pressioni manuali fatte sulle estremità dei frammenti; fino a che non senta una nuova crepitazione ossea, indice sicuro del guadagnato terreno. Un'altra occhiata allo più marcata rotazione esterna che ha subìto il frammento distale rispetto al prossimale, ponendo la gamba ed il piede in buona posizione. È questo il momento di fissare sopra una lastra l'immagine dei frammenti ossei per la più esatta verifica. Dopo di che si procede alla modellazione del gesso che deve risalire fino all'altezza delle arcate costali e comprendere tutto l'arto non escluso il piede. La gessatura deve essere compiuta prima che il p. si desti dalla narcosi o prima che sia esaurita l'azione della rachianestesia, e non debbono



A *B*

FIG. 2.

A) Frattura completa dell'avambraccio.

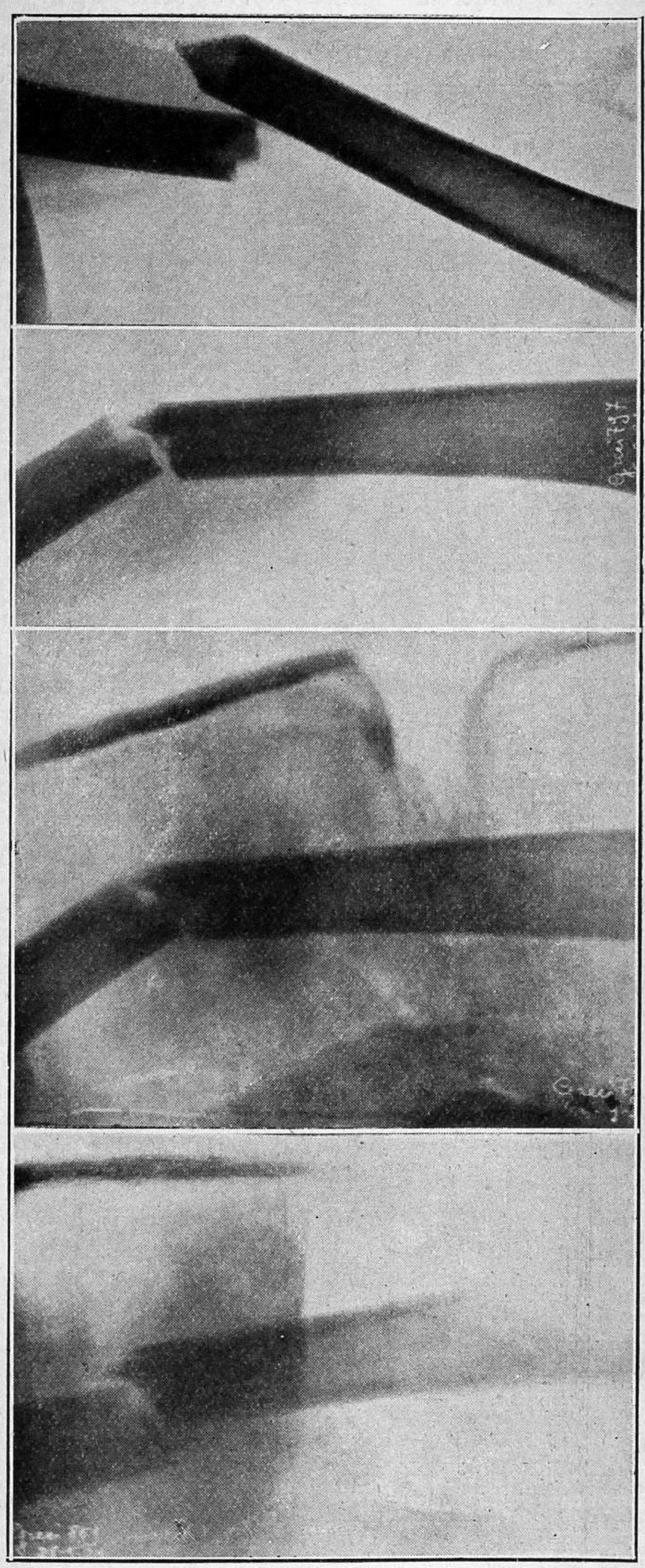
B) La stessa dopo la ricomposizione e sutura metallica.

schermo ci farà controllare la maggiore o minore esattezza della ricomposizione. La posizione dei frammenti si riterrà *composta* quando essi avran preso contatto per un punto del bordo posteriore delle superfici di frattura; lo sarà abbastanza se dette superfici si guarderanno per i 4/5 od almeno per i 3/4; sarà altrimenti ritenuta *scomposta* e bisognerà subito rettificarla. La tensione elastica delle aponeurosi e dei fasci muscolari a direzione longitudinale prima, e la contrazione di questi ultimi poi, quando l'azione dell'anestesia sarà terminata, renderanno impossibile lo spostamento delle ossa, purchè si continui, con modesta trazione podalica ed alquanto più energica tensione della benda sollevante ed abducente, a mantenere costante l'angolo a seno aperto posteriormente ed un po' medialmente formato dall'asse dei due frammenti. Si farà anche attenzione perchè sia corretta altresì la venir meno nel frattempo le trazioni di cui sopra, finchè il gesso non sia del tutto indurito. E poichè le manualità necessarie per la modellazione dell'apparecchio gessato possono aver casualmente provocato qualche spostamento nel focolaio di frattura, non è male ricorrere ad un nuovo controllo radiografico, prima di far uscire il p dal gabinetto, per deporlo sul suo letto a piano rigido e materassi morbidi che gli è stato nel frattempo preparato. Come si vede dalle fotografie (vedi fig. 5) il gesso, per fissare i frammenti femorali sotto la voluta angolazione, deve assumere una forma corrispondentemente curva ed ha bisogno quindi di essere tenuto sollevato dal piano del letto con uno o più cuscini, perchè il p. vi resti a suo agio.

Dopo circa 20 o 25 giorni a seconda dell'età del fratturato, è da supporsi che sia espletata la formazione del così detto callo fibroso; nuo-

ve radiografie de' resto possono dar contezza ad un occhio esercitato circa l'estensione e la densità di esso. Ed è presso a poco in tale epoca che si suole procedere al *II tempo*, col

ne esterna e sopratutto l'accavallamento dei frammenti; la qual cosa con tutti gli altri metodi ortopedici, che sono stati fino ad oggi descritti, non si arriva che eccezionalmente ad



A) Frattura del femore fra terzo medio e terzo inferiore.

È a rima trasversale; è quindi di quelle che meglio si prestano per la riduzione in due tempi.

B) *I tempo*: 1) Con la estensione e controestensione, col sollevamento e trazione esterna sul frammento inferiore si è ottenuto l'ipercorrezione dell'accorciamento ed il perfetto affrontamento delle superfici di frattura.

2) Moderata o abolita la estensione i frammenti ossei si sono bene « appuntati » l'uno contro l'altro. Quindi la frattura è ben ricomposta. Il gesso, adeguatamente modellato, li ha fissati nella posizione angolare che ne garantisce perfettamente la stabilità.

C) *II tempo.* (Si eseguì dopo diciotto giorni, quando i frammenti erano resi solidali dal callo fibroso). Si è riposto il frammento inferiore sull'asse del superiore sollevando ed abducendo insieme gamba e parte inferiore della coscia.

FIG. 3.

quale si deve ottenere la perfetta figura dell'osso femorale, correggendo questa volta lo spostamento sull'asse, che è stato ad arte esagerato, per rendere possibile in *I tempo* la completa correzione degli altri elementi dello spostamento, ossia: quello laterale, la rotazio-

ottenere e solo in casi particolarmente favorevoli. Il secondo tempo è di esecuzione molto più semplice ed assai meno laboriosa del primo, il ripristino perfetto dell'asse femorale potendosi ottenere in più modi: 1) tagliando longitudinalmente all'esterno ed all'interno l'ap-

parecchio gessato fino all'altezza della rima di frattura, e rimovendo la doccia anteriore, per modo che gambe e parte distale della coscia possano essere a sufficienza sollevate e poi solidamente mantenute nella nuova posizione da cunei o rotoli di stoffa o da sostegni di mate-

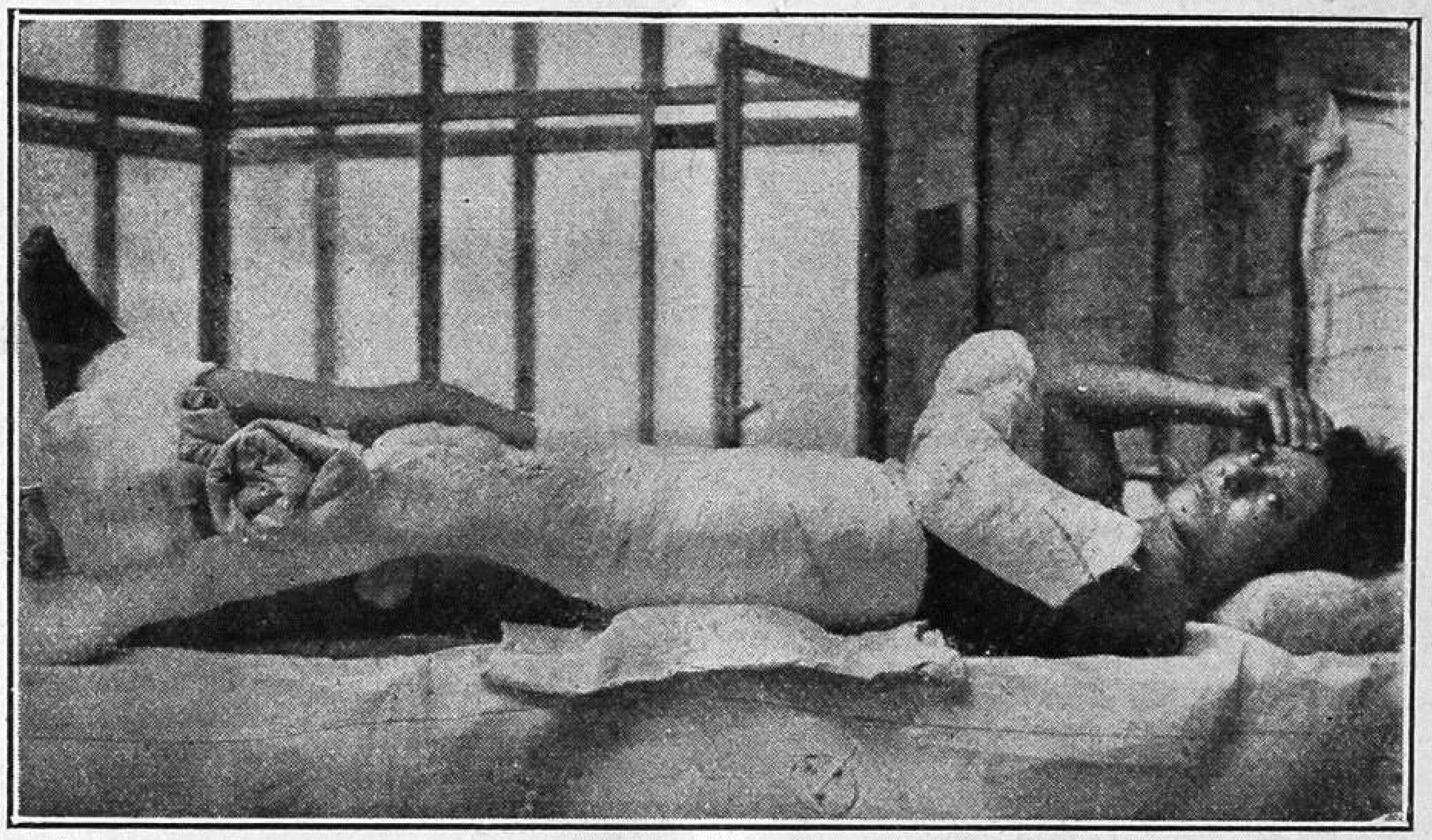


FIG. 4.

riale duro ben rivestito di cotone soffice; 2) rimovendo tutta la parte del gesso che resta a valle della frattura per ricostruirla subito diritta, dopo aver riposto l'arto perfettamente in asse; 3) (e questo è il partito migliore da pren-

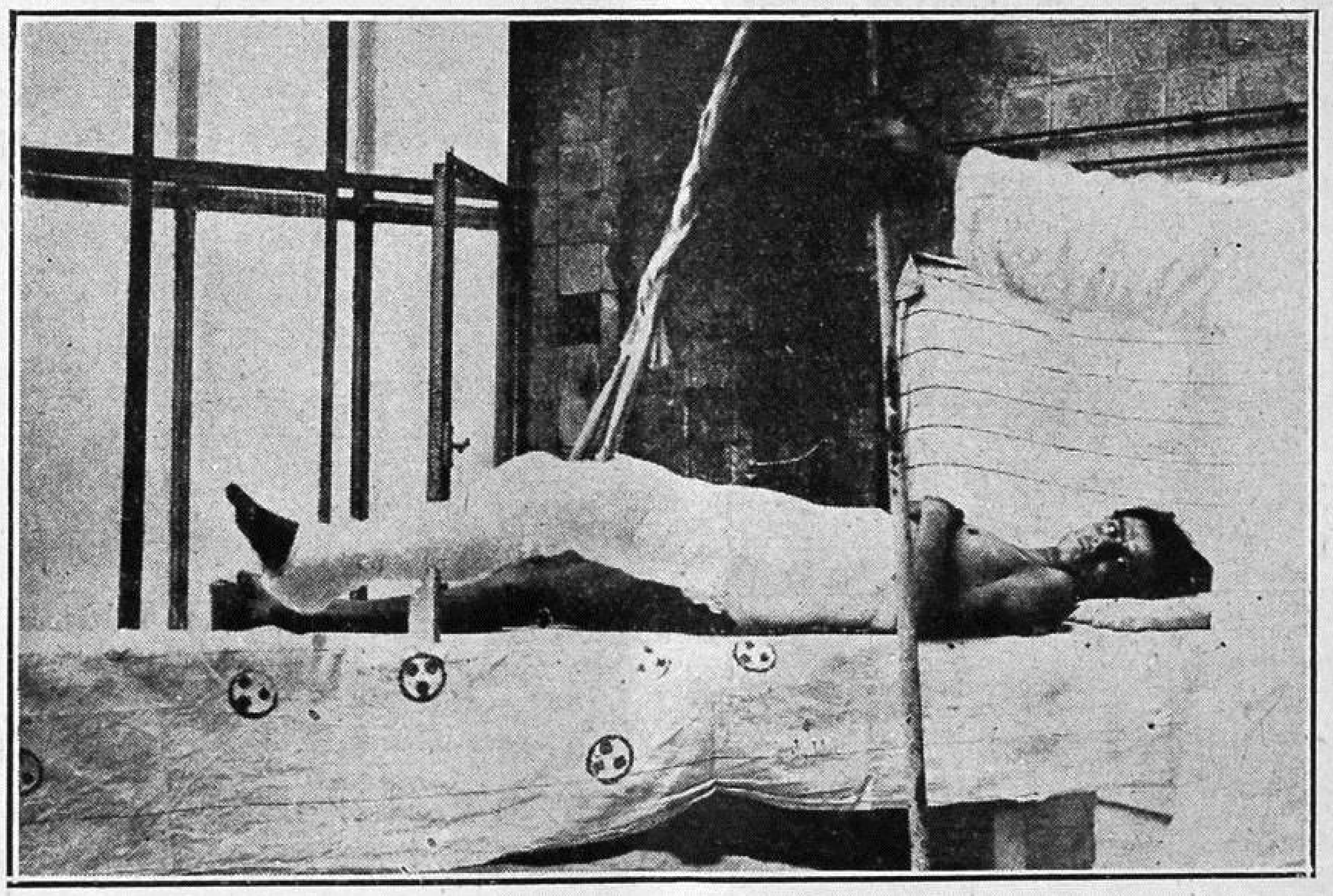


FIG. 5.

Il primo tempo è stato espletato: la trazione podalica è abolita; è mantenuta ancora, ma con moderazione, quella fatta con il sostegno metallico e la benda per sollevare e abdurre il frammento inferiore.

dersi) liberando completamente il p. dal suo apparecchio per riporlo addirittura in un altro gesso dopo aver messo il frammento inferiore in perfetto asse col superiore mediante giusto sollevamento ed abduzione della gamba e della parte inferiore della coscia. Il controllo radiografico ci farà certi del perfetto risultato ottenuto. Questa seconda gessatura sarà tenuta 30 o 40 giorni; dopo di che sarà rimosso o totalmente per la pratica del massaggio, o fino al ginocchio per iniziare da prima la mobilizzazione passiva ed attiva della gamba e del piede e poi per consentire al p. la deambulazione secondo le solite norme che ognuno conosce.

Si ricordi per altro che esistono purtroppo le deviazioni secondarie, per la profilassi delle quali non si permetterà il carico completo sull'arto fratturato che dopo un lasso di tempo di quattro o sei mesi!... (4).

*
* *

Presenterò ora le radiografie e fotografie di tre giovani traumatizzati, nei quali fu attuata la terapia di cui si è dettagliatamente parlato.

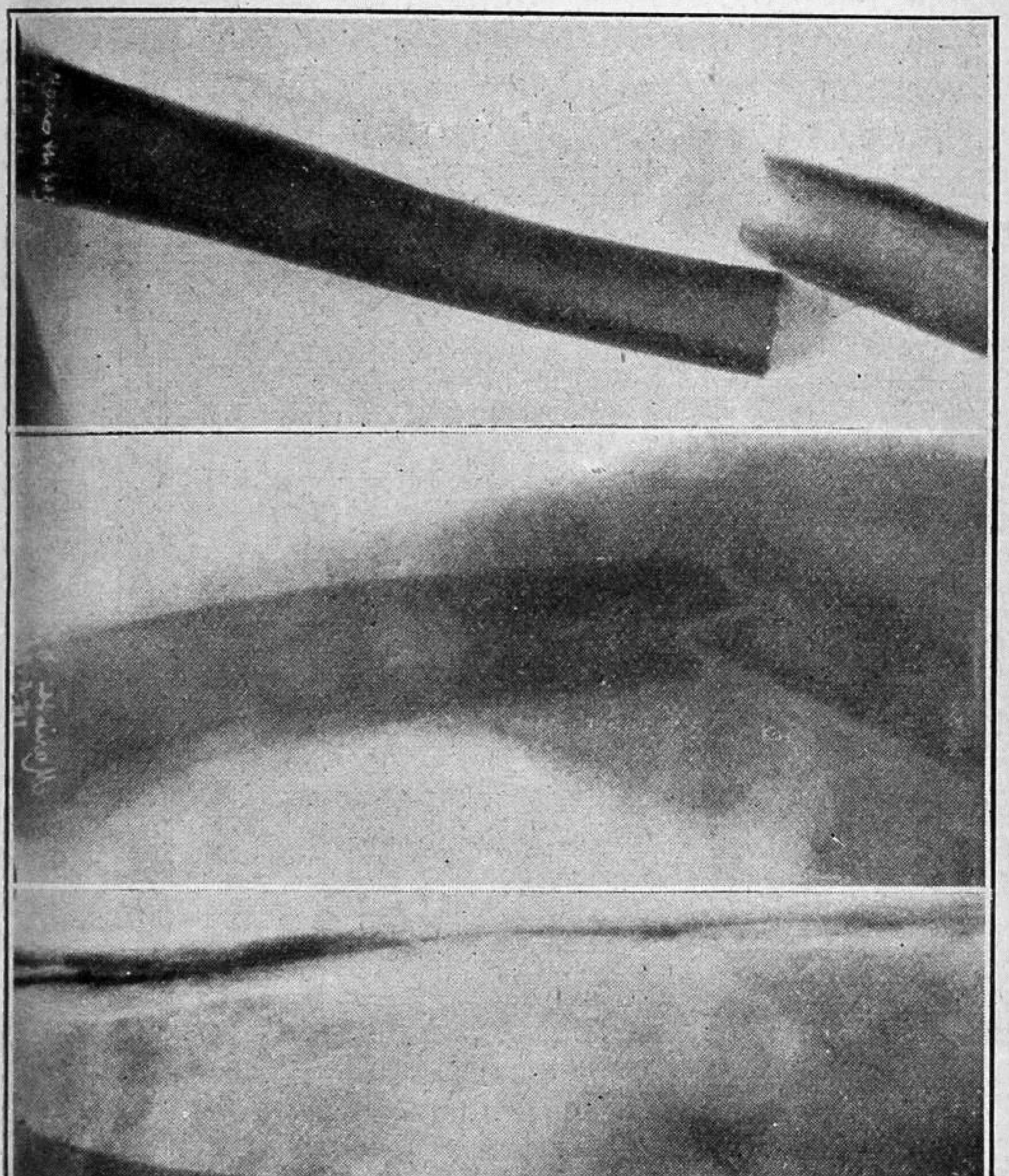
CASO I. — G. Nazareno, di a. 25, muratore, entrò in Ospedale il g. 22-8-29: aveva riportato, cadendo da un ponte, frattura completa dell'avambraccio s. e frattura trasversa del femore fra terzo

medio e terzo inferiore. Della prima fu trattato cruentemente il g. 27 agosto, poichè la scomposizione dei frammenti ossei era irriducibile con mezzi ortopedici e tale da abolire quasi completamente lo spazio interosseo. (Vedi fig. 1).

Della seconda fu curato incruentemente col metodo di Muzii. Il 1° tempo fu praticato il giorno 5-9-29, ossia quattordici giorni dopo il trauma e fu piuttosto laborioso, essendosi dovuta vincere la resistenza opposta dai muscoli già retratti, e forse anche dalla neoformazione callosa abbastanza avanzata. Tuttavia si riuscì ugualmente allo scopo, come può vedersi dalle radiografie (fig. 3).

Il 2° tempo fu eseguito il g. 23 settembre, ossia a distanza di 18 giorni: l'apparecchio fu tagliato a doccia fino a metà della coscia e l'arto messo in linea sollevando gamba e parte inferiore della coscia con rotoli di panno (fig. 4).

Successivamente il gesso fu rimosso completamente per sostituirlo con un altro, dopo aver corretto la lieve angolazione a seno mediale che ancora persisteva.



A) Frattura del femore al III inferiore.

Anche questa è a rima trasversale e quindi facilmente riponibile e contenibile.

B) I tempo. La buona ricomposizione dei frammenti, ottenuta con le solite manovre, sembra fatta sicura oltre che dalla angolazione anche dall'ingranamento delle grosse cuspidi ossee.

Il controllo in antero-posteriore conferma la correttezza della riduzione.

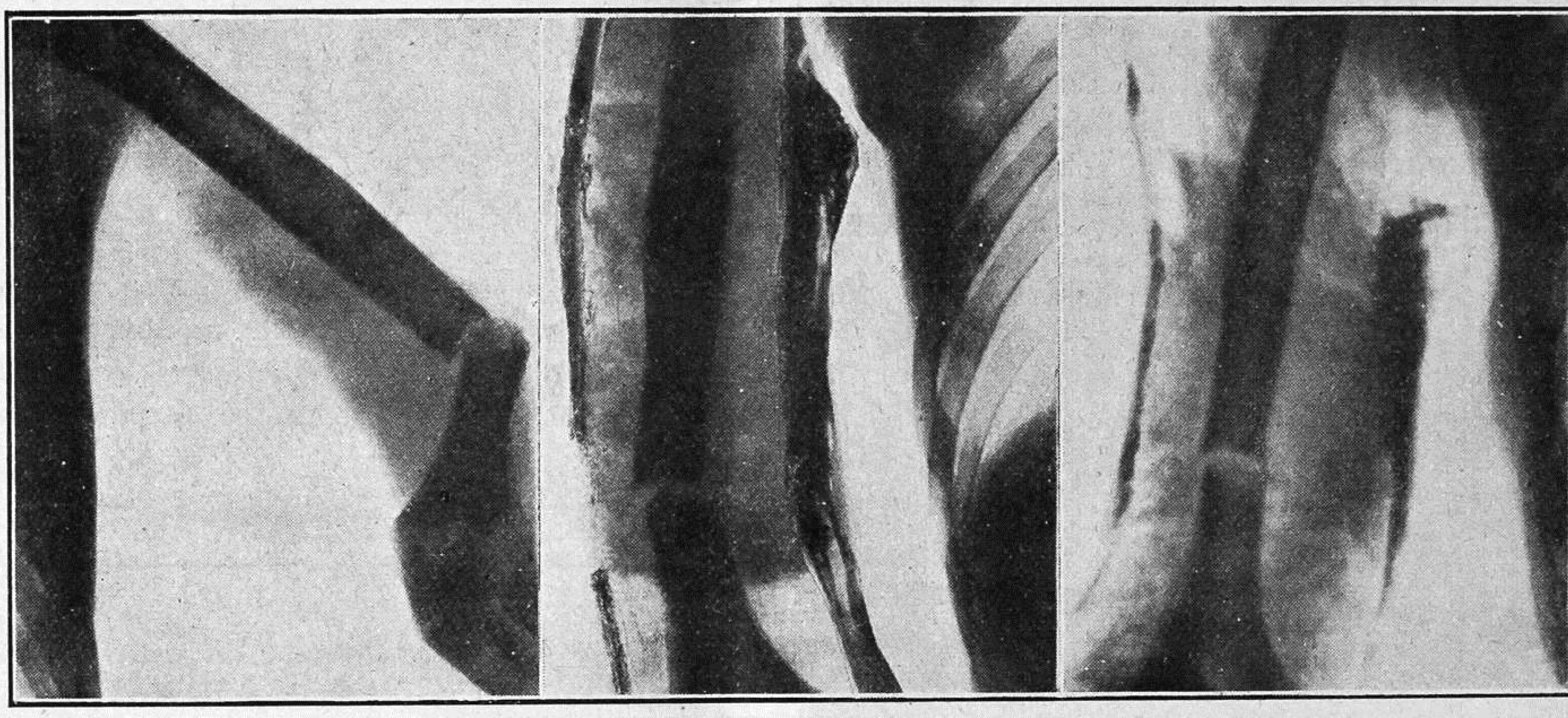
C) II tempo. Non è stato eseguito correttamente, per cui i frammenti, sebbene cementati da un callo visibile anche nella immagine radiografica, si sono potuti scomporre alquanto di lato, senza però perdere ciò che avevano guadagnato secondo l'asse e la lunghezza. (È una possibilità piuttosto frequente, di cui l'operatore deve tenere gran conto).

Fig. 6.

Caso II. — M. Ettore, di a. 25, muratore, entrato in Ospedale il giorno 30-8-29. Essendo caduto da una scala, aveva riportato anch'egli una frattura trasversale del femore al 3° inferiore. E fu trattato con lo stesso metodo. Il primo tempo fu eseguito il giorno 14-9 (fig. 5-6).

Seguì il secondo tempo a distanza di venticinque giorni; ed il risultato, a dire il vero, non ne fu così buono come quello del primo caso, probabilmente per poca correttezza nella esecuzione della manovra (fig. 6-C).

CASO III. — B. Luigi, di a. 30, decoratore; fu accolto il giorno 31-7-29 all'Ospedale per una frattura trasversa dell'omero al 3° inferiore (vedi fig. 7-A). Anche a questo caso credetti opportuno estendere l'applicazione del metodo escogitato dal Muzii per riporre le fratture diafisarie del femore (fig. 7-A-B-C).



A *B* *C*

FIG. 7.

A) *Frattura dell'omero sinistro al III inferiore.*

B) *I tempo*: Con l'estensione e controestensione e lieve trazione esterna, esercitata con una benda sul frammento inferiore, la frattura è stata ricomposta ed immobilizzata in lieve angolazione a seno mediale per meglio assicurare la stabilità dell'affrontamento delle superfici di frattura.

C) *II tempo* (è praticato a distanza di circa venti giorni): La figura dell'omero è perfettamente ricostituita ponendo in lieve abduzione l'estremità inferiore del braccio.

I frammenti si poterono « appuntare » l'uno contro l'altro, esercitando una energica estensione mediante una larga benda di tela posta a cavaliere dell'avambraccio tenuto in flessione ad angolo retto da un assistente, mentre altri praticava una non meno valida controestensione mediante un'altra benda fatta passare sotto l'ascella convenientemente guarnita da un cuscinetto di ovatta. L'angolo offerto dai frammenti è in questo caso a seno aperto medialmente. L'apparecchio scapolo-metacarpale segue con dolce curva tale angolazione. Il 2° tempo fu attuato dopo circa 20 giorni, rifacendo completamente il gesso dopo aver riposto in asse i frammenti mediante adeguata abduzione dell'estremità inferiore del braccio. La frattura era consolidata quando fu tolto il 2° apparecchio dopo circa 25 giorni e la figura dell'omero perfetta.

*
* *

A quanto ho esposto e riferito, non sarà male aggiungere, benchè paia intuitivo, che sono specialmente le fratture diafisarie a rima trasversale o scarsamente oblique le sole che possono avvalersi di questo metodo di cura. Per quelle a forte obliquità è difficile « appuntare » fra loro stabilmente i frammenti ossei, i quali sono fatalmente destinati a scivolare ben presto l'uno sull'altro sotto l'azione delle contrazioni muscolari, anche a dispetto della posizione angolare mantenuta dalla buona gessatura. Lo stesso dicasi di certe fratture comminute. Per le une e le altre il tiraggio, applicato secondo uno dei modi sopra mentovati, o, più eccezionalmente, la cura cruenta, sono indicati. Questa è poi di rigore in ogni frattura, a qualunque tipo essa appartenga, nella quale un fascio muscolare o altro si interponga ai frammenti in maniera da vietarne il contatto, poichè in questo caso la riduzione è, con ogni altro mezzo, compreso quello che noi abbiamo esposto, impossibile, e la pseudartrosi inevitabile.

In ogni modo è certo che *il medico ha in mano, con questo metodo, un prezioso segreto per ottenere nella maggior parte delle fratture diafisarie del femore ed anche dell'omero risultati così perfetti quali si potevano esigere prima di oggi appena dalla terapia cruenta.* E poichè questa non è di facile esecuzione per ognuno che si diletti di chirurgia, ed anche in mani espertissime non è scevra di pericoli e può in ogni modo presentare alla critica, co-

me del resto la maggior parte delle operazioni, i suoi punti vulnerabili (5), io sarò ben contento di questa mia tenue fatica, se avrò contribuito alla diffusione di un metodo ingegnoso e semplice ad un tempo, accessibile a qualunque medico pratico, per poco ch'egli possa disporre di un gabinetto radiologico e di alcune persone per l'assistenza.

È certo poi che negli ambienti bene attrezzati, la manualità tutt'altro che agevole attraverso la quale noi abbiamo potuto attuare il metodo con mezzi pressochè primitivi, quali sono quelli che ci offre l'ormai morituro Arcispedale della Consolazione, sarà resa ben presto, con la costruzione di nuovi e più adeguati apparecchi, assai più semplice, piana ed elegante.

Trevi, 15 ottobre 1929.

RIASSUNTO.

L'A. espone un nuovo metodo incruento per la esatta ricomposizione delle fratture diafisarie del femore, quale è stato ideato dal Muzii. Egli riferisce poi sopra due casi che sono, dopo quelli dell'A., le prime applicazioni.

Parla da ultimo di un caso di frattura dell'omero al quale egli ha esteso lo stesso mezzo di terapia.

TESTI E MEMORIE CONSULTATE.

1. TANTON. *Nouveau traité de chirurgie etc.*, sous la direction de A. LE DENTU et DELBET: *Fractures*. Paris, Librairie et Fils.
2. J. LEVEUF. Ch. GIRODE, P. MANARD, R. MONOD. *Traitement des fractures et luxations des membres*. Masson et C., Editeurs.
3. G. GIANTURCO. *Trattamento delle fratture dell'omero e del femore. Risultati ottenuti con l'uso degli apparecchi Gianturco*. R. Accademia Medica Chirurgica di Napoli, 29 maggio 1927; Il Policlinico, anno XXXIV, fasc. 23, pag. 1156.
4. P. POCHET. *La pratique chir. illustrée*, fascicule III (par Ch. DURAZIEZ). Libr. Octave Doin, Paris, 1925.
5. P. LECÈNE. *Chirurgie des os et des articulations des membres*. Masson et C., edit., Paris.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE ITALIANO « UMBERTO I » - CAIRO
Direttore: prof. E. GAGLIO.

Gomme multiple del muscolo grande dorsale

per il dott. SAVERIO CERQUA, chirurgo aiuto.

Il paziente di cui si riporta il caso è un uomo di 40 anni, fotografo, armeno. Si presenta al servizio ambulatorio dell'ospedale lamentandosi di dolori e gonfiore alla regione scapolare sinistra. È un uomo ben sviluppato, con anamnesi negativa (?). Egli afferma di non aver mai sofferto di alcuna malattia, solo, dice, circa un anno prima ha avvertito dolori al fianco sinistro che si irradiavano verso la spalla e il braccio dello stesso lato, do-

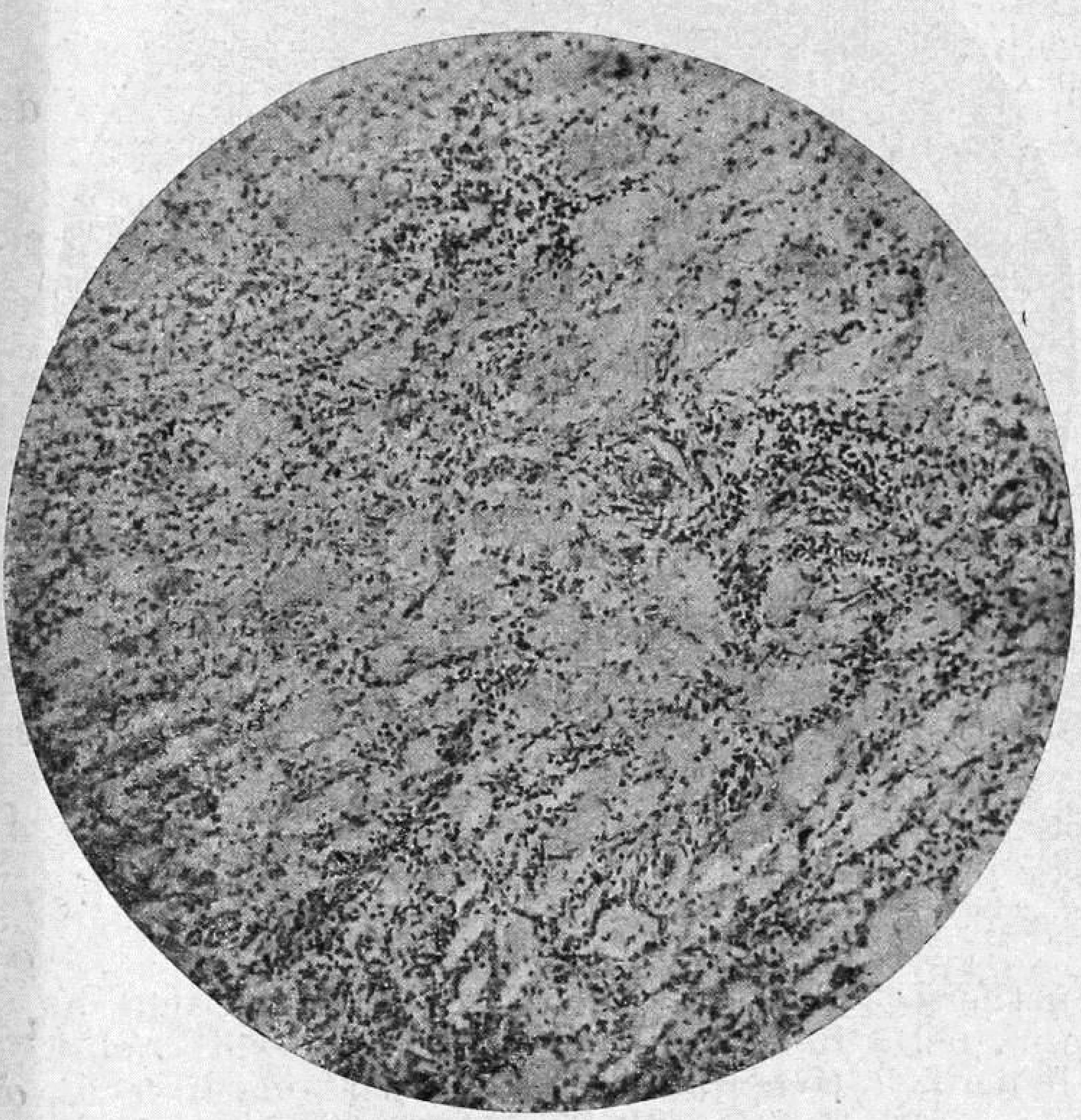


FIG. 1.

lori che man mano aumentarono accompagnandosi a tumefazione della regione stessa.

All'ispezione si nota un tumore che si estende dall'estremità inferiore della scapola sinistra fin quasi a due dita trasverse al disotto della XII costa, e dalla linea paravertebrale fino a quella ascellare media. La pelle è di colorito normale, è dotata di una relativa mobilità, ma non si lascia distendere in pliche. La tumefazione è appiattita nel senso antero-posteriore e presenta una superficie dura, irregolare, non dolente alla pressione.

All'esame clinico degli organi toracici ed addominali non si riscontra niente di anormale; anche l'esame del sistema nervoso è negativo. C'è però micropoliadenite indolente biinguinale, laterocervicale ed epitrocleare bilaterale. Non si riscontra sul pene alcun segno di ulcere pregresse. Le urine non contengono elementi patologici. Le reazioni Wassermann e Sachs-Georgi sono fortemente positive (WR=++++, SGR=+++).

Si consiglia all'ammalato una biopsia e all'eterenarcosi si asporta completamente il tumore.

Questo all'esame macroscopico appare costituito da gran parte del muscolo grande dorsale trasformato in un tessuto duro, fibroso, contenente numerosi noduli irregolarmente disseminati e di grandezza varia da quella di un pisello da quella di una nocciuola.

Esame istologico: Il tessuto congiuntivo che separa le fibre muscolari contiene una infiltrazione puramente linfocitaria molto rilevante. Le fibre muscolari stesse non sono alterate da questo processo infiltrativo (fig. 1). D'altra parte ci sono dei focolai di granulazione cronica che hanno distrutto il tessuto muscolare in estesi tratti. Questi focolai sono composti da una necrosi da coagulazione centrale molto vasta e da un bordo

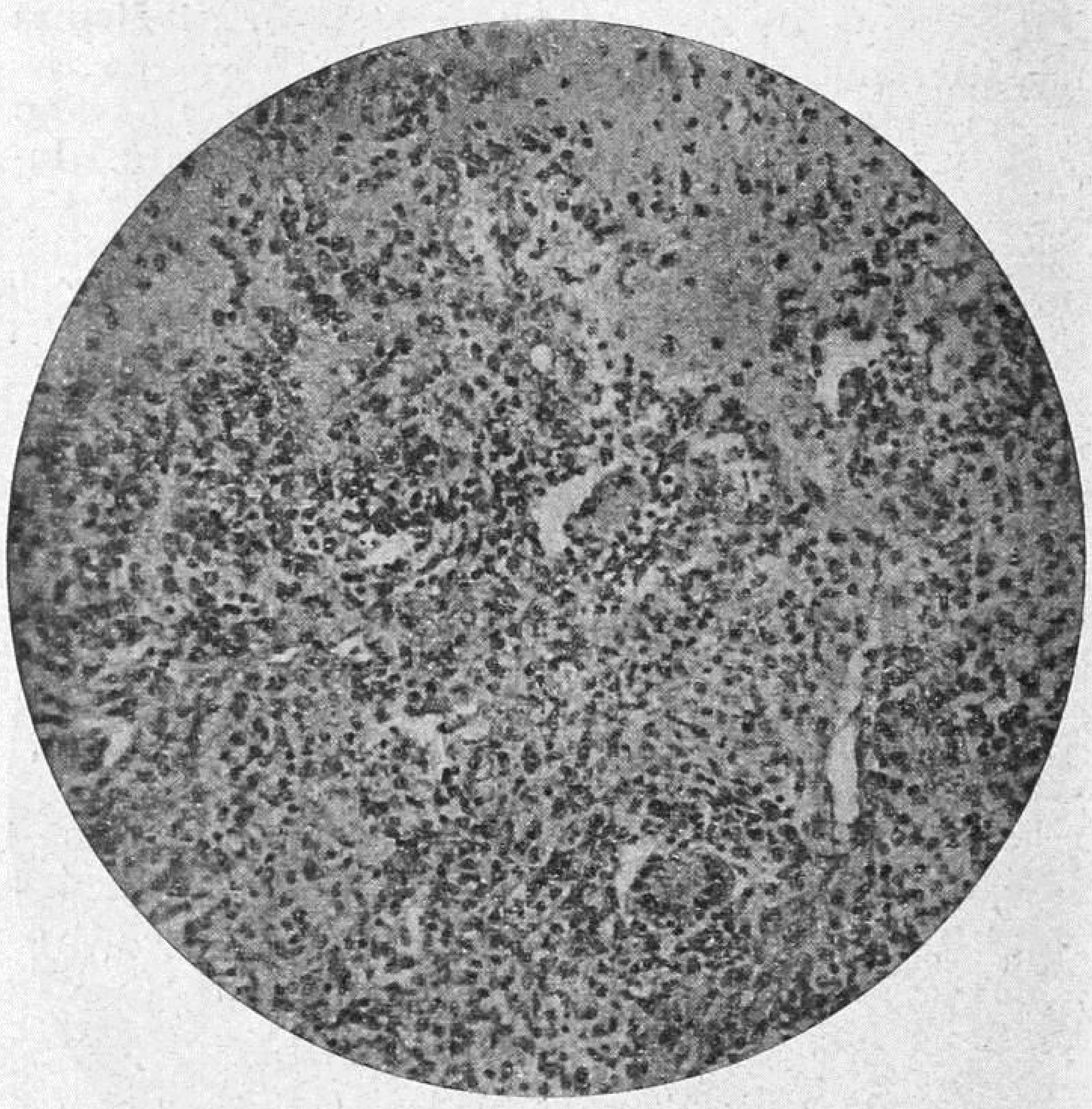


FIG. 2.

periferico di tessuto infiammatorio che non ha una netta linea di separazione dai tessuti vicini. Il bordo è formato in massima parte da linfociti, un piccolo numero di fibroblasti, qualche cellula gigante del tipo Langhans e finalmente da capillari di nuova formazione. I capillari mostrano l'endotelio irritato, ispessito, in qualcuno il lume è totalmente occluso. La necrosi è di natura caseosa, ma ha conservato ancora la struttura di qualche vaso.

La necrosi caseosa centrale con conservazione di qualche vaso, la granulazione periferica specialmente linfocitaria e l'infiammazione endoteliale dei capillari di nuova formazione sono delle alterazioni caratteristiche corrispondenti alla struttura del processo sifilitico terziario. alla gomma sifilitica (fig. 2).

RIASSUNTO.

Uomo 40enne, ha una tumefazione del m. gran dorsale s.; asportata, risulta costituita da tessuto duro, fibroso, contenente numerosi noduli necrotici, il cui esame istologico rivela la struttura del processo sifilitico terziario.

COMMENTI.

Sulla tecnica dell'appendicectomia.

Ill.mo Sig. Direttore del *Policlinico*,

A proposito della nota del dott. Giovanni Rocca, dal titolo su riportato, comparsa nel n. 12 della Sez. Pratica e del commento del dott. Gaetano Morelli, chirurgo dell'Ospedale Civile di Forlimpopoli, sul medesimo argomento, mi piace far sapere, che da quando esercito la chirurgia, e cioè da più di vent'anni, nell'eseguire l'appendicectomia ho sempre applicato sul cieco la sutura a borsa di tabacco prima di resecare e legare il vermio.

Tale pratica di preparare la sutura preventivamente sembrami così ovvia e direi quasi istintiva, che non dubito sia addottata dalla maggior parte dei chirurghi.

Con distinto ossequio

Dott. ENRICO CARTOLARI
di Isola della Scala (Verona).
chirurgo Direttore Ospedale Civile

21 aprile 1930-VIII.

***

Ill.mo Sig. Direttore del *Policlinico*,

Mi consenta, egregio Sig. Direttore, una breve risposta al collega dott. Gaetano Morelli, per il suo commento al mio articolo: « Sulla tecnica dell'appendicectomia », pubblicato nel n. 16 della Sezione pratica del *Policlinico* del 21 aprile 1930.

Anzitutto ringrazio il collega Morelli per la cortesia usata a mio riguardo e per il consenso al mio articolo, cui si riferisce. Il fatto che il metodo da me proposto sia così naturale, che egli ritenga che molti chirurghi possano averlo già adottato di propria iniziativa, mi conforta come una dimostrazione della sua praticità ed utilità.

Tuttavia, non avendo io mai appreso da alcun chirurgo, sia all'atto pratico, sia per comunicazione su Trattati o periodici di chirurgia, il procedimento da me proposto, ritengo a me spetti il, pur piccolo, merito di averlo, se non praticato per il primo, comunicato e divulgato ufficialmente prima di ogni altro; dal che ho la ferma convinzione possa derivare utile ammaestramento appunto per la indiscutibile utilità del metodo stesso.

Questo, e non altro, mi spinse alla mia pubblicazione.

Coi migliori ringraziamenti al dott. Morelli ed a Lei, sig. Direttore, mi abbia Suo

Dott. GIOVANNI ROCCA.

Genova Rivarolo, 30 aprile 1930-VIII.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Le sostanze nuove nella vittitazione.

(V. ANDRENELLI. *Morgagni*, n. 3, 1930).

Lo studio delle vitamine va giorno per giorno sempre più rafforzandosi nel suo procedimento sperimentale e nel suo potere d'azione.

Sono noti i danni rilevati per la loro carenza nelle sostanze alimentari, e molte evenienze morbose, per lo innanzi nascoste nel loro lato etiologico, oggi sono state messe in rapporto alla loro mancanza, come pure si comincia a pensare che la pellagra, la clorosi, il gozzo endemico siano altrettante avitaminosi.

A queste forma patologiche l'A. vorrebbe unire la stessa gotta, per il lato etiologico, e per il modo come viene provocata.

Le vitamine agiscono in via diretta sull'organismo prendendo possesso delle ghiandole a secrezione interna; il rapporto con esse è cosa accertata, come lo è lo studio comparativo di alcune evenienze avitamiotiche, che rivelano la capacità di quelle ghiandole a fabbricare altrettante secrezioni interne simili agli stessi principî che si trovano spesso in natura, specialmente nelle parti verdi delle piante, negli erbaggi, nel pericarpio di certi semi (grano, riso), nelle cortecce delle frutta, ecc., e che sono, in alcune circostanze, elaborate, pure colà dentro a quei misteriosi laboratori.

Chissà che con ulteriori ricerche sulle vitamine e su quelle speciali secrezioni, non si venga al concetto che la perfetta nutrizione e le avitaminosi non siano basate sulla normale o alterata funzione di quelle ghiandole.

Le vitamine oggi conosciute sono cinque, classificate con le prime lettere alfabetiche.

La vitamina *A* è diffusissima in natura, poichè è presente in quasi tutti i vegetali, specialmente nelle parti verdi; trovasi ancora nei tuberi, nei legumi non troppo stagionati, e negli spinaci. È abbondantissima nel latte, nelle uova; l'olio di fegato di merluzzo ne è ricchissimo.

La mancanza di questa vitamina nell'organismo animale, determina un arresto di sviluppo non solo, ma anche la diminuzione del peso del corpo. A tale stato di deperimento si uniscono poscia disturbi corneali che assumono forma di xerosi della congiuntiva e della cornea, la quale si complica con una eteratomalacia, donde la denominazione data a questa vitamina di antixeroftalmica.

Praticamente quindi la vitamina *A* può essere adoperata in tutti quei casi nei quali si scorge il fatto impressionante della mancata crescenza in un bambino, specialmente se lattante.

La vitamina *B* è contenuta nei semi dei vegetali e nei tessuti animali; non sopporta la troppo alta temperatura, come la forte reazione alcalina.

È chiamata antineuritica per la disturbata funzione del sistema nervoso centrale, determinata dalla sua privazione.

Gli effetti della carenza sono molteplici, ma il principale consiste in quel fatto nervoso che ha somiglianza alla malattia orientale, chiamata beri-beri. Altre evenienze morbose sono state però constatate per la mancanza di tale vitamina, ed anzi recentemente Balietti avrebbe dimostrato che la vitamina *B* avrebbe la proprietà di aiutare la fibra muscolare nella fatica con la conseguenza legittima che, la sua carenza negli alimenti, porterebbe necessariamente la fiacchezza e, magari pure, l'atrofia della fibra stessa.

Tale osservazione merita speciale considerazione, per il fatto che, nelle località ove il beri-beri è endemico, l'infezione colpisce spesso individui sottoposti a eccessive fatiche, in modo quasi da far pensare che vi sia qualche rapporto. Questo fatto trova riscontro nell'accesso gottoso che, in persone predisposte, si palesa, repentinamente, dopo un'eccessiva fatica. Che la gotta sia un'avitaminosi non è stato ancora detto da nessuno, ma se la fatica porta il beri-beri, come fatto di carenza della vitamina *B*, perchè non si potrebbe dire che l'accesso di gotta, determinato dalla fatica, non possa ripetere la medesima origine di carenza di una vitamina, di cui la fatica ha esaurito gli ultimi avanzi?

È vero che la gotta è ritenuta costituzionale, diatesica, ereditaria, ma la principale causa determinante l'accesso si trova in coloro che magari predisposti, fanno vita crapulona mangiando troppa carne, molto pesce, mai erbaggi.

Tale cosa è comprovata dal fatto evidentissimo che difficilmente si trova la gotta, il diabete, l'obesità nei contadini: ora se si dicesse che il gottoso è gottoso perchè a lui mancano le vitamine, chi potrebbe contraddirlo? E se si dicesse che i contadini non sono gottosi, obesi, diabetici, perchè assumono molte vitamine, chi oserebbe oppugnarlo?

La vitamina *C* si trova in ogni tessuto vegetale ed in quei tessuti animali che prendono parte attiva nei processi della vitalità, come, anche, in ogni parte verde delle piante, nei tuberi, nelle frutta, nel fegato, nel cervello, nel latte.

La carenza di detta vitamina nell'alimentazione cagiona una alterazione sulle pareti vascolari sanguigne, di cui l'endotelio si fa più sottile fino a lacerarsi con fuoriuscita di sangue ad ogni urto, e magari spontaneamente (quadro diatesico emorragico). Tale forma morbosa è facile ad osservarsi in quelle circostanze nelle quali regna la fame (tempi di guerra) o nelle spedizioni marittime prolungate, qualora i fornimenti di viveri, specialmente di verdure fresche, mancano da lungo tempo. Inoltre si può avere nei bambini quando questi sono sottoposti all'uso di farina lattea, o sono nutriti con allattamento artificiale, con latte troppo bollito.

La vitamina *D* antirachitica fu a lungo confusa con la prima, antixeroftalmica; ma poi questa venne sdoppiata, perchè la carenza della vitamina *A* si combatte in via sperimentale col burro, il quale è affatto inutile come antirachitico. L'olio di fegato di merluzzo, con la saponificazione, perde l'azione antixeroftalmica, ma non l'antirachitica, sicchè debbono necessariamente esistere due vitamine liposolubili, di cui una antixeroftalmica poco resistente ed un'altra più stabile antirachitinosa.

Recentemente è stata aggiunta un'altra vitamina, la vitamina *E*, che ha acquistato valore per il Bishop e per l'Evans. È liposolubile e si può estrarre dai semi dei cereali e delle parti verdi delle piante. È stata chiamata vitamina antisterile o della fecondazione, perchè la sua carenza determina sterilità.

La terapia alimentare ha ricevuto, oggi, con le nuove sostanze qui sopra ricordate, il più grande ausilio nel capitolo della nutrizione, e nessuno ne disconosce oggi la grande importanza, specialmente in rapporto alla vera alimentazione dei bambini. A. P.

CONFERENZE.

L'apoplessia.

Sull'apoplessia ha tenuta una conferenza il prof. Stadler alla Società medica di Holf (*Gaz. Osped. e Clin.*, n. 5, febbr. 1930).

Con tale termine si designa la cessazione improvvisa delle funzioni motorie, sensitive o psichiche, prodotta da un disturbo dell'attività del cervello.

In ogni attacco di apoplessia, bisogna ricercare la causa del disturbo cerebrale, la quale consiste in alterazioni dell'apparato della circolazione, nella presenza di tumori o di processi infiammatori od infettivi, in lesioni traumatiche, localizzate nella cavità cranica o fuori.

Il tumore o l'ascesso cerebrale può essere svelato dall'esame del fondo dell'occhio; si penserà all'embolia allorchè esiste un vizio cardiaco, una malattia infettiva acuta, o sia accaduta una lesione traumatica. Se esiste sifilide, si penserà ad alterazioni specifiche dei vasi cerebrali.

L'anamnesi spesso può giovare a definire la causa del disturbo cerebrale; tuttavia le alterazioni anatomiche del cervello sono così numerose e varie che spesso vengono fatti errori diagnostici, e considerati come attacchi di apoplessia fenomeni legati ad altra natura.

Lasciando da parte nella descrizione le emorragie, i rammollimenti dipendenti da embolia, trombosi, alterazioni luetiche, le cui lesioni anatomiche sono ben note, l'A. si sofferma sull'arteriosclerosi, la cui causa e patogenesi è ancora in discussione.

Lo Hueck distingue l'arteriosclerosi, la quale consiste in un progressivo disturbo della nutrizione delle pareti vasali, in due forme anatomiche: quella con processi iperplastici e quella con processi degenerativi dei diversi strati della parete vasale. Quindi non basta far diagnosi di arteriosclerosi, ma bisogna distinguere di quale forma si tratta. Lo Hueck insiste nel concetto che i processi iperplastici vengono prodotti dall'ipertensione, e quindi non è vero che la pressione si eleva perchè esiste arteriosclerosi, ma le arterie diventano iperplastiche perchè esiste una ipertensione stabilitasi per una qualsiasi causa.

Altre cause producono poi nell'arteria i processi degenerativi: degenerazione calcare, grassa, ialina.

L'insorgenza dell'emorragia bisognerebbe metterla quindi in rapporto con un processo degenerativo; il processo iperplastico e l'ipertensione non è sufficiente a produrre la rottura del vaso.

Un legame esiste tra le lesioni prodotte dall'emorragia e quelle del rammollimento bianco; in entrambi i casi per la cura degli insulti apoplettici sarebbe necessario stabilire se la necrosi dei tessuti dipenda da uno spasmo delle arteriole locali, prodottosi per via nervosa, o da disturbi della funzione dei capillari, e quindi da insufficiente nutrizione cellulare. Tale questione è impossibile a risolvere, ed è quindi superfluo riferire le opinioni dei diversi autori, alcuni inclini alla prima, altri alla seconda opinione; certamente alla genesi dell'emorragia cerebrale concorrono diversi fattori, ed in ogni singolo caso può prevalere una delle componenti che presiedono a tale disturbo.

Per la cura, è necessario stabilire una cura profilattica, perchè quando la sostanza cerebrale s'è distrutta, noi non siamo in grado di ripararla; e quindi è molto utile sapere se si tratta di un caso di arteriosclerosi senile od ipertonica.

La prima, che è appannaggio dei vecchi, si presenta con quei sintomi che denunziano l'alterazione dei vasi di alcuni territori cerebrali: diminuzione della memoria; il soggetto diventa indifferente, instabile, chiacchierone, ride per nulla, è privo del senso critico, commette indiscrezioni nel campo sessuale; diminuisce la resistenza al lavoro; i vasi accessibili sono duri e tortuosi alla palpazione; il cuore può essere ingrossato; spesso gli attacchi di apoplessia dipendono da una insufficienza cardiaca.

È importante conoscere i primi sintomi dell'ipertonia, che costituisce la causa più frequente degli attacchi di apoplessia, e la sola che può essere mantenuta in limiti costanti da una cura opportuna.

I primi sintomi compaiono verso il quarto decennio; il sintomo più importante e precoce

dell'ipertonia consiste in ampie oscillazioni della pressione sanguigna, e nella sua instabilità, per cui ad ogni minima emozione o causa interna od esterna si ha un grande rialzo, per ritornar normale a causa perturbatrice cessata. In seguito, a questa instabilità si sostituisce l'elevazione costante della pressione, per le alterazioni dei vasi sanguigni, i quali a loro volta risentono delle oscillazioni suddette. In uno con le oscillazioni della pressione si osservano: afflusso di sangue al capo, senso di caldo e di formicolio alle mani ed ai piedi, senso di oppressione ai precordi, dispnea, cardiopalmo. In seguito compaiono i segni del disturbo cerebrale: vertigine, emicrania transitoria, nausee, sudori freddi, vomito, scintillio agli occhi. Altro sintomo importante è il mal di testa mattutino; il paziente svegliandosi non si sente ben riposato, a fatica riprende il lavoro abituale, e solo più tardi si sente in condizioni di forza normale.

Gli ipertonici risentono il cambiamento del tempo; in primavera gli attacchi apoplettici sono più frequenti che nelle altre stagioni.

In seguito si aggiungono tutti quei sintomi che denunziano la diffusione del processo all'apparecchio della circolazione; tuttavia gli attacchi di apoplessia si presentano in seguito ad una causa che produce una improvvisa elevazione della pressione sanguigna: emozioni, strapazzi fisici, azione del caldo o del freddo, forti pasti; un regime rigoroso di tranquillità che eviti queste ampie oscillazioni della pressione può far scomparire molti disturbi notati dal paziente.

Come cura profilattica occorre evitare queste cause occasionali ed emozionali che agiscono sulla pressione; bisogna limitare l'introduzione di liquidi e di molto sale, per diminuire la massa del plasma sanguigno. Durante le fasi di aumento accessionale della pressione, occorre che il paz. faccia dei giorni di digiuno od anche di sete; l'alimentazione sarà piuttosto vegetariana; se v'è uno stato di eccitazione generale si daranno i bromuri.

Le cure medicamentose: iodo, colina, corpi purinici, nitroglicerina, sulfocianogeno hanno un'azione ipotensiva sì, ma transitoria. Anche il salasso, pur agendo beneficamente in certi casi, nell'ipertensione ha effetto passeggero; in seguito al salasso s'è visto talora insorgere attacchi di apoplessia, evidentemente legati in tali casi alla brusca oscillazione della pressione sanguigna. Tener presente le forze del cuore, e in caso di debolezza cardiaca somministrare la digitale, per bocca o per clistere, la quale non aumenta mai la pressione del sangue già alta, anzi può abbassarla alquanto, per la migliorata irrorazione dei centri cerebrali, e quindi per la regolarizzazione degli scambi gassosi.

CARUSI.

SUNTI E RASSEGNE.

COLONNA VERTEBRALE.

Sciatiche vertebrali.

(V. PUTTI. *Rif. Med.*, 29, luglio 1929).

Ormai il concetto di sciatica idiopatica, reumatica, identificato con quello di origine vertebrale è diventato un fatto comune ed assodato.

Mettendo da parte le sciatalgie dipendenti da lesioni localizzate della colonna vertebrale, la sciatica più comune, quella detta reumatica, è preceduta da lombaggine, o si manifesta in individui che soffrono cronicamente di lombalgie.

La lombaggine, termine impreciso che dovrebbe essere sostituito con quello più preciso di lombo-artrite o artrite lombare, si basa su due sintomi fondamentali: dolore e rigidità. Il dolore si diffonde anteriormente a cintura, o in basso; insorge bruscamente o insidiosamente; la rigidità è a tipo segmentale, limitata cioè al tratto lombare. È ovvio che tale lombo-artrite può esistere da sola, senza complicarsi a sciatica; ma ogni sciatalgia — se si interroga con insistenza il paziente — è preceduta da un passato lombalgico, e all'esame si troverà una rigidità più o meno intensa.

Il Sicard ha dimostrato che la sciatica è una nevrodocite lombare, cioè una sindrome algica dipendente da alterazione del canale di coniugazione, per alterazione dell'articolazione intervertebrale e delle sue apofisi articolari, e non dei corpi vertebrali.

Il Putti chiama *vizi del tropismo articolare* le variazioni congenite che modificano il normale decorso dell'articolazione vertebrale. Per poter riscontrare un disturbo da vizio di tropismo la variazione dev'essere di grado elevato o unilaterale; e per alterare il canale di coniugazione deve agire o modificandone la forma e le proporzioni, o alterando la meccanica articolare con successiva artrite localizzata. In entrambi i casi l'effetto è una compressione o una irritazione del nervo coniugale. Queste condizioni congenite possono in altri momenti prodursi in seguito ad azioni di fattori infettivi, tossici, discrasici, ecc.

Le articolazioni che più frequentemente vanno soggette a questi vizi di trofismo sono la IV-V lombare e le sacrali; tali variazioni possono essere messe in evidenza da perfetti radiogrammi e da un ottimo metodo di lettura di tali radiogrammi.

Nelle algie sciatiche, Sicard ha nettamente definito che si tratta di affezioni del nervo coniugale e non della radice o del plesso o del tronco nervoso; egli ha dimostrato che la radicolite sciatica dejeriniana è propria di due sindromi morbose: la tabe e la zona.

Dopo il dolore, la contrattura vertebrale costituisce il sintomo più costante della sciatica vertebrale; tale contrattura manca nella sciatica radicolare, perchè la colonna vertebrale non partecipa al processo. La contrattura sta a rappresentare uno stato di difesa, perchè immobilizza l'articolazione.

La terapia delle lombosciatalgie è stata finora sintomatica, servendosi di analgesici o di medicamenti che non agiscono direttamente sul processo morboso; se la lombalgia è un sintomo della lombartrite, per guarirla bisogna curare l'artrite vertebrale.

Il trattamento suggerito ed usato dall'A. è duplice: iperemia attiva ed immobilizzazione. La prima si pratica mercè un termoforo ad alcool di Bier; il bagno sarà fatto ogni giorno o a giorni alterni, durerà da 20 a 40 m., e la temperatura iniziale a 90° sarà portata fino a 120-130°; al bagno seguirà un massaggio generale. Tale metodo agisce provocando una vasodilatazione ed uno scambio umorale benefico sull'articolazione.

Appena i disturbi gravi saranno diminuiti, si applicherà l'immobilizzazione mercè un corsetto gessato, il quale deve rispondere ai seguenti requisiti: 1) immobilizzare il bacino o almeno la parte lombare del tronco; 2) non deve mai correggere, ma solo immobilizzare; 3) non deve essere lasciato in posto più del tempo necessario alla sua consolidazione, cioè 15-30 m. Il corsetto sarà tenuto dapprima pochi momenti, in seguito si terrà più a lungo, a misura della tolleranza da parte del paziente.

Nei rari casi in cui questi due metodi non migliorano le condizioni, allora bisogna ricorrere al metodo chirurgico; l'A. in tali casi esegue la lamino-artrectomia, che consiste nell'aprire i canali di coniugazione per decomprimere i nervi coniugali, e nel resecare le articolazioni malate. I risultati sono buoni, ed i dolori cessano in breve. CARUSI.

L'echinococcosi intrarachidea.

(BENHAMOU e GOINARD. *Revue Neurologique*, 1929, n. 6).

L'echinococcosi intrarachidea è più sconosciuta che rara: ne sono stati pubblicati 177 casi. L'analisi più stretta dei sintomi, i progressi nella diagnosi biologica, la più estesa applicazione della laminectomia permettono di riconoscere più facilmente l'affezione.

La malattia si manifesta con una comune sindrome di compressione del midollo, preceduta da una fase di radicolite o radicolo-vertebrale. Quel che caratterizza la sindrome è l'associazione di questi segni: lesioni vertebrali, costali o coxali d'aspetto particolare, tumefazione resistente sulla linea dorsale mediana paramediana od in un punto qualsiasi della gabbia toracica o del bacino; cisti delle docce, immagini circolari iuxtavertebrali o mediastiniche che bisogna ricercare con esame radiologico sistematico. Le prove biologiche e lipiolodiche, escludendo la sifilide permettono di affermare la compressione. Le reazioni per l'echinococcosi, se positive apportano un prezioso contributo alla diagnosi.

L'echinococcosi intrarachidiana non è unica: il processo di compressione al quale è esposto il midollo può giungerci da tutte le direzioni. Vi è una echinoccosi unicamente intrarachidea con sintomatologia puramente midollare: molto rara può essere intradurale od epidurale.

Le localizzazioni intradurali, intramidollari o sotto aracnoidee sono curiosità patologiche (autopsie) e possono essere sospettate quando coesistono cisti cerebrali.

I sette casi di focolai epidurali primitivi si comportano come tumori benigni extradurali e sono generalmente operati come tali: potrebbero essere più sovente diagnosticati se si pensasse sistematicamente all'echinococcosi e se si ricercassero le reazioni biologiche in ogni sindrome di compressione midollare.

Vi sono lesioni a punto di partenza vertebrale e che raggiungono lo spazio epidurale o si propagano alle parti molli extrarachidiane: la radiodiagnosi permette sempre più di eliminare la tubercolosi vertebrale.

Alcune forme sono facilmente rilevabili con l'esame metodico: è quel che accade per l'echinococcosi a punto di partenza sottopleurico con secondaria lesione delle vertebre o dello spazio epidurale attraverso gli archi neurali od i forami di coniugazione, donde una sindrome midollare talora associata ad una sindrome pseudopottica con o senza cifosi e che è svelata dall'esame radiologico delle zone iuxtravertebrali o della gabbia toracica. Così pure l'echinococcosi epidurale o vertebro epidurale a punto di partenza muscolare, rivelata da un tumore liquido dei muscoli spinali, si può distinguere da un ascesso ossifluente. Così l'echinococcosi intrarachidiana a punto di partenza sacrale o coxale, con sintomatologia pseudocoxalgica, pseudopottica od ippuropottica, svelata dall'esplorazione vaginale o rettale e sovratutto dall'esame radiologico del bacino. In tutti i casi la guaina durale resiste più della guaina ossea a livello della quale la echinococcosi prende sempre l'aspetto multiloculare.

Il trattamento deve essere radicale e non sarà utile se non è precocissimo.

MONTELEONE.

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

Agranulocitosi nella difterite.

(C. FARMAKIDIS. *Presse Médicale*, n. 69, 1929).

Schultz ha descritto, con la denominazione di agranulocitosi, una affezione particolare, le cui caratteristiche ematologiche essenziali sono: una modificazione quantitativa assoluta

dei globuli bianchi (leucopenia costante e considerevole), associata ad una profonda modificazione nei loro rapporti relativi (diminuzione considerevole o scomparsa dei polinucleati con presenza unica, o quasi, di forme mononucleate a tipo linfocitario e monocitario), senza elementi patologici nella formula sanguigna, o al più con rare cellule di irritazione di Turk, cellule linfoidi atipiche grandi, senza l'aspetto di linfoblasti; assenza di alterazioni nette dell'eritropoiesi, di lesioni endotelio-plasmatiche di tipo emorragico, di trombopenia. L'evoluzione clinica della malattia è grave. La durata è variabile entro gli estremi di 3 giorni e di 4 settimane. L'esito abituale è la morte.

Le caratteristiche anatomo-patologiche consistono in una alterazione del midollo osseo che interessa esclusivamente il sistema granulocitario, da cui deriva la rarità o la scomparsa assoluta dei polinucleati; in una diffusione di importanti lesioni ulcero-necrotiche che possono interessare varie mucose, come la bucco-faringo-laringea, la respiratoria, la digerente, la genitale. A seconda del decorso si possono distinguere forme subacute, acute, iperacute, e secondo i sintomi forme simulanti il noma, la tifoide, l'influenza, l'endocardite settica, le angine. Le ricerche batteriologiche eseguite da vari autori non permettono alcuna conclusione, onde manca alla malattia di Schultz una consacrazione etiologica che ne giustificherebbe l'autonomia. Il bacillo di Löffler è stato isolato in un caso, tre volte l'associazione fuso-spirillare di Vincent, e in un grande numero di casi è stata dimostrata una flora banale di pneumococchi, stafilo- e streptococchi.

Aubertin e Lévy ritengono che esistono numerosi casi che si avvicinano a quelli di Schultz per l'evidente carenza del sistema granulocitario ma che se ne allontanano sia per la comparsa in uno stato patologico di ordine tossico o infettivo, sia per la concomitante esistenza di alterazioni dei globuli rossi, delle piastrine o della crasi sanguigna. Schultz rifiuta di ammettere questi fatti nel quadro dell'agranulocitosi di cui evidentemente restringe i limiti di entità morbosa, pur non potendone dimostrare l'etiologia precisa.

Aubertin e Lévy insistono tuttavia nel considerare la agranulocitosi un aspetto particolare di una sindrome più generale, che si riscontra isolata o associata ad altre grandi sindromi della patologia sanguigna. I vari aspetti di essa sono collegati dal carattere comune della deficienza del sistema granulocitario. Il meccanismo intimo della scomparsa dei granulociti dal sangue circolante è legato probabilmente a vari fattori, quali un'aumentata distruzione periferica, una ripartizione anormale, una vera lesione del sistema granulocitario. Roch e Mozer fanno giustamente osservare, a tal proposito, che nei rapporti fra organi emopoietici e sangue vi è un fattore insufficientemente studiato e che si potrebbe definire la *soglia di eliminazione* degli elementi midollari nel sangue. Troppo di sovente ci si ferma a una diagnosi ematologica quando invece bisognerebbe poter precisare la mielopatia. Sulla base di tutto un insieme di dati Aubertin e Lévy differenziano l'agranulocitosi in: agranulocitosi pura, e sindromi agranulocitarie divise a loro volta in primitive o idiopatiche e secondarie o sintomatiche.

Le osservazioni cliniche che gli AA. riferiscono sono desunte dallo studio accurato di sette casi caratterizzati dalle note comuni seguenti:

1) la presenza del bacillo di Löffler (forma corta) nella gola;

2) uno stato infettivo in alcuni casi grave, in altri lieve;

3) delle lesioni gravi, alcune delle quali ulcero-necrotiche, della mucosa bucco-amigdalo-faringea;

4) delle modificazioni del sangue consistenti in una leucopenia accentuatissima, con diminuzione considerevole, quasi scomparsa, dei polinucleati, senza modificazioni qualitative e quantitative dei globuli rossi, con lieve aumento e ineguaglianza delle piastrine;

5) esito in guarigione, tranne in un caso.

Tali casi, seguendo la classificazione di Aubertin e Lévy, appartengono evidentemente alla forma infettiva delle sindromi agranulocitarie secondarie o sintomatiche, poichè le alterazioni ematologiche sono apparse nel decorso della infezione difterica. Anche per queste osservazioni l'agranulocitosi non sarebbe che una sindrome derivante da cause multiple, non tutte svelate. E potendosi avere, insieme con la carenza granulocitaria, delle modificazioni nel sistema formatore dei globuli rossi, delle piastrine, e nel sistema endotelioplasmatico, l'agranulocitosi dovrebbe prender posto fra le grandi sindromi della patologia sanguigna che non è costituita solo da entità distinte le une dalle altre, ma piuttosto, seguendo Weil e Clerc, dalla esistenza di reazioni diverse degli organi emopoietici. Queste reazioni semplici o complesse, derivano da cause multiple, cause che, a seconda della loro intensità o della durata della loro azione, a seconda del terreno su cui agiscono possono determinare lesioni e sintomi diversi.

A. PICCINELLI.

La prognosi dell'agranulocitosi.

(G. SPENGLER. *Wien. Klin. Woch.*, n. 2, 1930).

Da quando il quadro dell'agranulocitosi è stato ben definito, si sono susseguite le comunicazioni di casi della malattia. La maggior parte di tali casi ebbe però esito infausto, perchè assai raramente le cure prodigate riuscirono efficaci.

Zikowsky trovò utili le trasfusioni sangui-

gne e i sieri streptococcici polivalenti, mentre Friedemann si avvantaggiò delle applicazioni radioterapiche sulle ossa lunghe. Altri, infine, usarono la chemioterapia e la proteinoterapia, con resultati assai scarsi.

D'altro canto, invece, v. Domarus ha pubblicato un caso di agranulocitosi guarito spontaneamente.

Altri 2 ne riferisce ora l'A., in uno dei quali, invero, si fecero tre iniezioni di piccole dosi di neosalvarsan, durante i primi tre giorni di malattia, e nell'altro si applicò per qualche tempo la radioterapia sulle ossa lunghe.

Tali cure lievi non avrebbero avuto, secondo l'A., valore alcuno nel determinismo della guarigione, la quale si sarebbe verificata spontaneamente, modificando in tal modo il concetto prognostico assai infausto che sin qui si aveva della malattia, e giustificando i tentativi terapeutici che si volessero fare.

M. FABERI.

Contributo allo studio della linfogranulomatosi e di altre granulomatosi particolari e generalizzate dei gangli linfatici.

(TERPLAN e MITTELBACH. *Virchow's Archiv*, n. 3, 1929).

Gli AA. riferiscono i risultati di uno studio sistematico anatomo-patologico di 29 casi di linfogranulomatosi. In linea generale le forme croniche si osservano di preferenza nei soggetti giovani, mentre le forme ad evoluzione rapida sono più frequenti fra i 50 e i 70 anni.

Circa la topografia delle lesioni, si possono distinguere 21 casi generalizzati, 2 mesenterici, 2 mediastinici, 2 intestinali ed 1 a localizzazione paraaortica.

Per quanto concerne la porta d'ingresso, le forme intestinali sono forse quelle più interessanti. In questi casi la tumefazione dei gangli è preceduta da turbe gastro-intestinali che permettono di pensare ad una infezione per via enterale. Queste stesse manifestazioni gastrointestinali sono state notate in altri casi con localizzazione mesenterica, perigastrica, e paraaortica.

Istologicamente gli AA. distinguono le seguenti categorie:

1) casi tipici, con i reperti classici di linfogranuloma descritto da Paltauf e Sternberg;

2) forme fibrose, nelle quali la diagnosi di linfogranuloma è spesso assai difficile;

3) forme tumorali, con proliferazione estesa di un tipo cellulare e produzioni simili ad alcuni tumori maligni dei gangli linfatici;

4) forme fibrose con abbondanza di plasmociti.

Gli AA. poi analizzano ancora reperti più rari, caratterizzati da una proliferazione delle cellule reticolari, di cellule endoteliali o da manifestazioni infiammatorie acute.

Nell'istogenesi delle lesioni, si nota, all'inizio, una proliferazione di cellule reticolari che dànno spesso origine a noduli ben delimitati; alcuni reperti parlano in favore di un'origine reticolare dei plasmociti.

Il bacillo di Koch non può essere considerato come l'agente della linfogranulomatosi; gli AA. vedono nella linfogranulomatosi un'infezione specifica, ma finora sia la clinica che l'istologia parlano contro un agente patogeno della malattia.

A. P.

L'anemia febbrile acuta.

(E. BENHAMON. *Le Sang*, n. 1, 1929).

L'A. studia questa sindrome descritta la prima volta da Brill e di cui egli stesso recentemente ha avuto occasione di pubblicarne un caso.

La malattia si manifesta con un'anemia grave e rapidamente progressiva, febbre elevata e continua, splenomegalia moderata; i globuli rossi sono notevolmente diminuiti senza che si constati una iperleucocitosi con polinucleosi e senza mielocitosi.

La diagnosi differenziale va fatta con tutte le forme di anemia: Biermer, leucanemia, le anemie spleniche (anemia malarica sopratutto, anemie sifilitiche e tubercolari, splenomegalie primitive); ma in special modo con le malattie infettive: endocarditi lente, tifo, colibacillemia.

All'autopsia non si riscontrano che lesioni banali, e l'osservazione di Moschowitz, che descrive, al livello delle arteriole e dei capillari viscerali, trombi ialini circondati e pieni di fibroblasti con aspetto tubercolare, è rimasta isolata.

Il trattamento non può essere etiologico; i due metodi più efficaci sono le trasfusioni e la cura di Wipple, che in alcuni casi hanno dato risultati veramente brillanti.

Per il nosografismo di questa forma, l'A. pensa che fra le anemie febbrili acute, si possa fare, a lato delle anemie febbrili sintomatiche di affezioni sanguigne, delle anemie febbrili sintomatiche da setticemie conosciute, delle anemie splenomegaliche, un posto anche alle anemie febbrili acute essenziali, di natura sconosciuta, ma ben caratterizzate dai loro sintomi clinici ed ematologici.

A. P.

MEDICINA SOCIALE

Le visite preventive e periodiche dei lavoratori.

A. Ranelletti, in una conferenza tenuta al Policlinico del Lavoro di Roma, osserva che i tempi sono oggi propizi per vedere di integrare sempre meglio l'assistenza ai lavoratori. Oltre alle varie leggi sociali esistenti, è importante la disposizione dell'art. 6 del Regolamento d'igiene del lavoro (14 aprile 1927) che stabilisce l'obbligatorietà della visita per i lavoratori delle industrie in cui si maneggiano sostanze tossiche e infettanti. Il successivo Decreto Ministeriale del 29 marzo 1929 ha determinato quali lavorazioni debbano andare soggette a questa vigilanza (in tutto 19).

Nel primo anno di esercizio, l'A. visitò, in Roma, 832 operai, appartenenti in massima parte (738) alle industrie tipografiche. Oltre un terzo di questi è stato trovato affetto da malattie più o meno gravi, alcune delle quali incompatibili con l'industria del piombo; sono fra questi 16 casi di tubercolosi, i vari casi di pleurite e bronchite, i 30 e più casi di vizi cardiaci, i 60 di arteriosclerosi, i 4 di nefrite, i 29 di saturnismo, oltre ad altri molti che presentavano i segni di intossicazione saturnina frusta.

Purtroppo, dai risultati di tali visite non si addivenne a risultati pratici, poichè si trattava nella maggior parte dei casi di individui dai 40 ai 70 anni, che non avrebbero potuto cambiare mestiere.

Invece, se molte di tali visite fossero state fatte agli stessi lavoratori, da giovani, ed in seguito continuate periodicamente, tali incresciose conseguenze non avrebbero a lamentarsi. Analoghe osservazioni possono poi farsi per altre industrie, per la possibilità di eliminare preventivamente i meno adatti, come, p. es., gli alcoolisti, e gli individui con carie dentaria o dermatiti, nelle industrie del mercurio, gli alcoolisti ed i tarati del sistema nervoso per le industrie del solfuro di carbonio (seta artificiale), gli alcoolisti, anemici, emofilici per le industrie del benzolo, ecc.

L'utilità delle visite preventive e periodiche, unita a saggie misure di profilassi, è stata dimostrata fra l'altro dal fatto che nella costruzione della grande galleria della direttissima Bologna-Firenze non si ebbe alcun caso di anchilostomiasi, mentre nella costruzione della galleria del Gottardo si ebbero 10.000 morti per tale malattia.

Certamente, di tutte le provvidenze igienico-sanitarie a difesa della salute dei lavoratori, questa delle visite preventive e periodiche è la più importante per la profilassi delle malattie professionali e comuni; anche gli industriali ne risentiranno vantaggi, potendo usufruire di una maestranza sana.

In moltissimi casi, poi, risulta evidente tale utilità non solo per le industrie tossiche ed infettanti, ma anche per altre che, pur non essendo comprese fra queste, influiscono sullo stato di salute dei lavoratori; basti pensare all'influenza della fatica (varia sui diversi organismi più o meno resistenti), all'azione delle polveri industriali e dei gas irritanti, ecc. per comprendere che sarebbe sommamente utile anche per questi casi l'adozione di tale misura. Tutto questo, unito con un'oculata selezione psicotecnica, rientra in una saggia organizzazione scientifica del lavoro.

Nè questo deve far temere al lavoratore che la visita sanitaria possa toglierg1i il lavoro; anche per i minorati vi è sempre posto nelle industrie, come lo dimostrano i dati di intelligenti industriali, fra cui Ford che, su 30.000 operai, ne ha 9500 minorati per malattie costituzionali, per mutilazioni, ecc.

La visita preventiva, con evidente prevalenza e precedenza dell'esame clinico, ci può quindi dare degli elementi per poter consigliare determinati mestieri o sconsigliarne altri. Le visite periodiche (p. es., una volta l'anno) permetteranno un ulteriore controllo sulla salute rilevando eventualmente il male fin dall'inizio, ciò che porta a curarlo più efficacemente. Si potrà così effettuare la migliore profilassi delle malattie comuni, di quelle professionali ed anche degli infortuni, in quanto che le statistiche dimostrano che il 50-75 % degli infortuni mortali dipende dall'essere l'operaio inadatto al mestiere.

Opportuno, a tale scopo, sarebbe l'istituzione di un libretto sanitario individuale, da iniziarsi fin dalle scuole, dagli orientatori del lavoro e da continuarsi in seguito, in cui vi sarebbe tutta la storia sanitaria dell'individuo stesso, il che sarebbe di grande utilità in molte circostanze.

Tale istituzione potrebbe poi estendersi a tutti i ceti sociali, alle mutue-malattie, alle assicurazioni, ecc., realizzando così la vera medicina preventiva ed inspirandosi al motto di Ramazzini « *Longe praestantius est praeservare quam curare* ». *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI

A. AZZI. *Compendio di microbiologia e immunologia.* Vallardi, Milano, 1929. L. 90.

Questo volume raccoglie le lezioni tenute dall'A. durante gli ultimi cinque anni nell'Università di Torino ed è stato pubblicato secondo gli intendimenti dell'A. per essere di utile guida agli studenti ed a chiunque si appresta a compiere studi e ricerche di bacteriologia ed immunologia. La materia è esposta in forma semplice e piana, tralasciando tutto quello che non rappresenta altro che un esuberante sfoggio di erudizione. La materia è suddivisa in tre parti: nella prima tratta dei microparassiti in genere, delle loro condizioni di vita e delle malattie da essi svolte nell'uomo e negli animali. Tratta pure diffusamente del problema dell'immunità. Nella seconda parte sono riassunte le notizie tecniche con particolare riguardo alle più utili ricette di terreni culturali, di liquidi fissatori e di liquidi coloranti. Nella terza parte sono trattati i microparassiti in particolare, schizomiceti, funghi, protozoi, virus filtrabili.

Questo volume di circa 600 pagine, corredato da numerose nitide illustrazioni, si presenta di particolare interesse per gli studenti ai quali specialmente è dedicato e per tutti coloro che intendono dedicarsi agli studi di bacteriologia ed immunologia. TRENTI.

A System of Bacteriology in relation to medicine. Vol. IV. Un vol. in-8° di 482 pag. H. M. Stationery Office, London, 1929. Per l'acquisto rivolgersi a: Adastral House, Kingsway W. C. 2. London. Prezzo dei singoli volumi: 1 sterlina, 1 scellino.

Abbiamo già dato notizia del primo volume pubblicatosi di questo eccellente trattato di batteriologia che si viene pubblicando per monografie, sotto gli auspici del « Medical research Council ».

Il presente volume, che è il secondo nell'ordine di pubblicazione si presenta di notevole interesse per il medico, il batteriologo e l'igienista.

A proposito del bacillo del tifo, si estende specialmente sulle mutazioni, sull'efficacia delle vaccinazioni, le reazioni sierologiche, l'epidemiologia; il batteriologo troverà poi molto interessante la monografia sul gruppo *Salmonella* (che comprende come è noto, i paratifi, il *suipestifer*, l'*Aertrike*, l'*enteritidis*, ecc.); i caratteri del gruppo, le diverse reazioni biochimiche e sierologiche che servono a differenziarne i diversi membri, la trasformazione dei tipi e tutti i problemi connessi con l'epidemiologia sono trattati esaurientemente e chiaramente.

Segue il gruppo del coli, con i germi affini, i mucosi-capsulati, i protei, i fluorescenti. Largamente studiato è il colera dal punto di vista batteriologico, patogenetico, epidemiologico, profilattico; in questa monografia sono riportati anche i contributi di autori italiani (BANDI, CALDERINI, DE GIAXA, ecc.) e principalmente le vedute di Sanarelli sulla patogenesi.

Troviamo poi il gruppo Pasteurella (o delle setticemie emorragiche) e quello della pseudotubercolosi dei rodenti.

La trattazione è sempre fatta con grande chiarezza ed obbiettività e con accurata citazione delle fonti. *fil.*

G. PAPACOSTAS e J. GATÉ. *Les associations microbiennes.* Un vol. in-16° di 438 pag. con fig. G. Doin, éd. Paris. Prezzo Frs. 20.

Argomento interessante per il biologo, e che fa parte del grande capitolo delle simbiosi e del parassitismo. Restringendo l'osservazione ai soli microbi, si trova che l'associazione microbica può dar luogo alla stimolazione (come nelle colture miste), all'antibiosi, alla sinergia, all'antagonismo. Ecco, p. es., che l'associazione del bacillo difterico con lo stafilococco è indifferente, mentre è sinergica quella con lo streptococco ed antagonista quella col pneumobacillo.

Ne derivano quindi applicazioni anche terapeutiche, in forma di batterioterapia, con i fermenti lattici, con il bacillo piocianeo, con i lieviti.

Gli AA. espongono in questo volume i dati generali del problema, i fenomeni di associazioni microbiche e le applicazioni pratiche. Medici e batteriologi troveranno qui ampia messe di osservazioni e di indicazioni utili. *fil.*

G. MILIAN. *Le Biotropisme.* Un vol. in-8° di pag. 263 con fig. J. B. Baillière, Paris, 1929.

Non è agevole dare una definizione esatta del biotropismo, specialmente nel largo significato che gli attribuisce l'A. Esso comprende tutto un ordine di fenomeni, quali l'esaltazione delle spirochete in seguito al trattamento a dosi deboli, il risveglio della virulenza di un germe latente nell'organismo, ecc., fenomeni assai diffusi in natura e che hanno una grande importanza nella patologia e nella terapia.

L'A., esposti i concetti generali sul biotropismo, ne studia le varietà: chimica (da arsenico, da mercurio, da giallo d'acridina, ecc.), fisico (da radiazioni), nonchè il biotropismo da infezioni e tossine. Considera poi la patogenesi degli accidenti biotropici e le applicazioni alla biologia ed alla medicina, fra cui importanti quelle che riguardano la sifilide (conflitti terapeutici, reazioni biologiche, riattivazione) e la terapia dello zona col 914.

Concetti nuovi, che aprono forse la via a una più sicura interpetrazione di molti fatti oscuri nella biologia e nella medicina pratica. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta dell'11 aprile 1930-VIII.

Presidente: Prof. BALP.

Sulla idiosincrasia da iodoformio.

Prof. E. BIZZOZZERO e Dott. A. FERRARI. — Comunicano i risultati delle ricerche sulla idiosincrasia al iodoformio, presentata in due individui.

1) Hanno constatato con numerosi esperimenti che la reazione all'iodoformio si verifica solo quando essa viene in contatto con lo strato corneo dell'epidermide, mentre manca od è difficilmente apprezzabile quando viene posto a contatto colle mucose od introdotto sotto epidermicamente od intradermicamente.

2) Dopo molti tentativi infruttuosi si è ottenuto il trasporto della idiosincrasia allo iodoformio alla Praussnitz e Kustner nell'uomo col metodo seguito da Lehner e Rajka che consiste nel prelevo di sangue alla distanza di pochi minuti dall'applicazione dell'allergene.

3) La ricerca del componente che provoca la reazione all'iodoformio eseguita applicando sulla cute gli alogeni (I. Cl. Br.), i composti trialogenici del metano (cloroformio, bromoformio), composti affini all'iodoformio di cloretilene e cloretile ed altri composti di sostituzione iodica del metano, quale il iodometile ed il iodometilene, ha confermato che l'idiosincrasia al iodoformio è una ipersensibilità ai metanalchili iodati, perchè provocato nei due casi in esame dall'iodoformio, iodometile e iodometilene, che differiscono tra di loro solo per il differente numero di atomi di iodo in sostituzione di atomi di idrogeno.

Questa proposizione però non è reversibile, perchè gli OO. hanno osservato durante le numerose prove di controllo, un caso di idiosincrasia esclusivamente limitato all'iodometile.

L'indagine radiologica delle vie urinarie con mezzo di contrasto per via endovenosa.

Prof. PONZIO. — A complemento dei mezzi usati di visualizzazione delle vie urinarie mediante iniezione opaca per via retrograda, è stato recentemente suggerito di usare altre sostanze opache, che portate in circolo a mezzo iniezione endovenosa, vengono eliminate per le vie renali così da renderle radiologicamente visibili.

L'uroselectan è un composto ad alto tenore iodico ben tollerato dall'organismo, introdotto per via endovenosa in soluzione al 35 % in acqua distillata esso si elimina in condizioni normali per via renale in 10-15 minuti così da rendere ben percettibili all'esame radiologico la pelvi l'uretere e l'ombra renale stessa.

I radiogrammi, per la rapidità della eliminazione debbono essere subito eseguiti; però in casi patologici l'eliminazione può essere più o meno ritardata.

Il metodo offre il vantaggio di riuscire meno doloroso per il malato e di dare una immagine pelvica più corrispondente alla realtà che non quella per via retrograda: però non sempre riesce a dare l'immagine della pelvi in quanto la pressione eliminatoria si compie prevalentemente dal lato sano. Il metodo quindi va considerato complemento degli altri mezzi radiodiagnostici delle vie urinarie.

Sopra alcuni elementi che si mettono in evidenza col metodo di Bolsi nei muscoli volontari, nel cuore e nella vescica.

VISENTINI. — In relazione alle ricerche sulla natura e sull'origine della microglia, l'O. ha ricercato in vari organi, se con i metodi di impregnazione argentica per la microglia, si colorassero elementi simili ad essa.

Ha ottenuto risultati col metodo di Bolsi, nel cuore dove si impregnano elementi ramificati spesso in rapporto coi capillari, nei muscoli e nella vescica urinaria.

Ebbe reperti meno precisi in altri organi.

Sulla stenosi congenita estrinseca del duodeno.

Prof. U. CAMERA. — Quattro anni fa l'O. aveva riferito di un quadro nosologico riscontrato in un bambino di quattro anni, in cui si trovavano vomiti ciclici con acetonuria. Egli allora aveva aspettato trattarsi di una stenosi estrinseca del duodeno dovuta a compressione del viscere da parte del peduncolo mesenterico.

La base anatomica sarebbe risieduta in una deficiente coalescenza dei foglietti mesocolici.

In seguito potè persuadere i parenti del piccolo malato e procedette all'intervento chirurgico, che consistette in una duodenodigiunostomia, dopo di che scomparvero i vomiti e l'acetonuria.

La guarigione che data da tre anni, ha confermato l'ipotesi diagnostica.

L'O. si chiede se non sia il caso di prendere in considerazione questa base anatomica per spiegare l'eziologia dei cosidetti vomiti ciclici con acetonuria.

g. v.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta dell'11 aprile 1930.

Presidenza: Prof. A. FERRATA, presidente.

La dispepsia degli allattati al seno.

Dott. V. ROSSI. — L'O. include sotto il nome di dispepsia primitiva degli allattati al seno quelle manifestazioni dispeptiche che non trovano una ragione in cause esterne o in condizioni patologiche del bambino. Egli crede che il momento eziologico principale si debba ricercare in quelle deviazioni costituzionali individuali e in quelle condizioni diatesiche che accentuano le caratteristiche megalosplancniche-ipervegetative con ipereattività vagale proprio del biotipo infantile.

Facendo ricerche comparative con vari trattamenti egli è arrivato alla conclusione che i migliori risultati si possono ottenere con prolungata somministrazione di lattato di calcio o acqua seconda di calce per bocca o meglio dopo alcuni

giorni di questo trattamento per via enterale, somministrando adrenalina per via parenterale.

Secondo l'O. con questi mezzi si farebbe una terapia sintomatica per l'azione antiacida del calcio sul contenuto intestinale e una terapia eziologica per l'azione generale del jono-calcio e dell'adrenalina sul sistema neuro-vegetativo.

Le schistosomiasi in Cirenaica.

Prof. E. ZAVATTARI. — L'O. durante una campagna di studio compiuta in Cirenaica nell'estate del 1929 ha studiato parallelamente la distribuzione geografica dei molluschi d'acqua dolce e la distribuzione geografica delle schistosomiasi e ha messo a confronto le due serie di ricerche facendo un'analisi critica dei dati malacologici e clinici. Da questo raffronto sono emerse le conclusioni seguenti:

Nell'Uadi Derna e nell'Uadi el Atrun esistono e in buon numero *Bullinus contortus;* questa specie sembra mancare nella zona di Bengasi.

Della regione di Derna sono stati diagnosticati 14 casi di schistosomiasi vescicale, quindi poichè vi è concordanza perfetta fra reperto malacologico e reperto clinico, si deve concludere che la regione di Derna costituisce il focolaio d'infezione.

Il solo caso di schistosomiasi vescicale descritto di altra regione, e precisamente di Bengasi, non sembra essere autoctono, ma bensì importato, e poichè in detta zona non sembra siano presenti i *Bullinus,* così si deve ritenere che la regione di Bengasi è indenne dall'infezione.

Nell'Uadi Derna e nell'Uadi el Atrum, ad Ain Mara e in sorgenti presso Borgu esiste un *Plenorbis* (*Pl. numidicus*) specie pure presente in Tunisia ma mancante in Egitto, e che non risulta fino ad oggi essere ospite intermedio di *Schistosoma,* il gen. *Planorbis* non sembra esistere nella regione di Bengasi.

Il solo caso di schistosomiasi intestinale descritto è certamente importato e non autoctono, poichè le considerazioni zoologiche, parassitologiche e epidemiologiche portano ad una simile affermazione.

Sulla infezione da leptospira ittero-emorragica nella cavia.

E. VERATTI e L. BIANCHI. — La comunicazione, accompagnata da dimostrazione di preparati e di cultura, riguarda una serie di ricerche su due ceppi di *Leptospira ittero-emorragica,* isolati da due casi di morbo di Weil, che poterono essere mantenuti in vita per lungo tempo col passaggio attraverso le cavie ed anche colle culture *in vitro.*

Dopo una breve descrizione del decorso, e del quadro anatomo-patologico della malattia nella cavia gli autori, riferendosi ad una serie di esperienze sui rapporti fra l'infezione spirochetica e le eventuali infezioni batteriche secondarie, concludono che, quando nel corso dell'infezione spirochetica sopravviene una infezione batterica a seconda del grado di virulenza della specie batterica, possono darsi due casi: che la malattia primitiva non venga sensibilmente deviata dal suo corso normale e termini colla morte nel periodo di tempo consueto e coi sintomi terminali caratteristici: che l'infezione batterica, trovando un terreno adatto al suo sviluppo, produca la morte prima che la spirochetosi abbia compiuto la sua evoluzione. In nessuno dei casi osservati dagli autori si è verificata la forma tipica di aggravamento improvviso dei sintomi della spirochetosi, che è stata descritta recentemente da Sanarelli e Pergher sotto il nome di « crisi nefasta ».

Avvelenamenti professionali da gas tossici.

C. CHIRI. — L'O. descrive due casi di intossicazione cronica da ossido di carbonio e da solfuro di carbonio richiamando la sintomatologia che si riassume in alterazioni prevalentemente ematiche nel primo, a carico del sistema nervoso nel secondo con tremori a tipo parkinsoniano ciò che fa pensare ad una sindrome striopallidare.

Sopra un metodo rapido di colorazione delle spirochete.

C. CALLERIO. — L'O. descrive un metodo rapido di colorazione delle spirochete mediante l'impregnazione argentica di materiale allestito per striscio, procedimento che dà buoni risultati ed è semplice e di costante riuscita.

Il Segretario: F. RICCI.

Ospedale Maggiore di Bologna.

Seduta del 30 marzo 1930.

Intorno a un caso di compressione midollare.

Prof. FILIPPO FRANCHINI. — L'O. ripresenta dopo un anno l'inferma già mostrata il 24 febbraio (V. *Policlinico*, 1929, sezione pratica, pagina 717) con diagnosi di compressione medullo-radicolare a livello del rigonfiamento lombare e cono terminale con offesa prevalente delle due prime radici sacrali: diagnosi appoggiata anche da tutte le più probative ricerche serologiche e radiologiche fatte dopo l'introduzione sottoccipitale di lipiodol. Malgrado la Wassermann negativa nel sangue e nel liquor, l'O., fece una cura energica di Neosalvarsan. Dopo gr. 5,40 di questo farmaco (8 iniezioni endovenose, una per settimana, di cui l'ultima gr. 1,20) l'inferma camminava discretamente da sè e fu dimessa. Ora, dopo un anno, cammina in modo perfetto e non accusa che una piccola molestia al lato esterno degli arti inferiori: coscia, gamba e piede. Niente obbiettivamente è rilevabile, salvo la assenza dei riflessi plantari. Radiologicamente: reperto immutato da quando uscì l'anno scorso; e cioè: brusco arresto del lipiodol a livello della metà del corpo della 1ª lombare. L'arresto rimase, l'anno scorso, totale per circa un mese; poi passò e si depositò a livello del I° metamero sacrale una parte di lipiodol grande come una pallottola di rivoltella. Questo è anche oggi l'aspetto radiologico. Non si è oggi ripetuta la puntura lombare. L'O., mentre pone innanzi le difficoltà insormontabili per spiegare la completa (o quasi) guarigione clinica, tuttavia, stante la grande rapidità con cui il miglioramento incominciò durante l'uso del solo Neosalvarsan, non può non ritenere cagionato da questo il miglioramento e sifilitica la natura della compressione spinale.

L'epitelioma del moncone uterino dopo l'isterectomia subtotale per fibromioma.

Dott. Giuseppe Zampa. — Dallo studio di tre casi di carcinoma del collo uterino, insorto molti anni dopo l'isterectomia subtotale per fibromioma, l'O. prende a considerare il rapporto supposto, ma non dimostrato, di interdipendenza tra la forma fibromiomatosa e quella carcinomatosa dell'utero e si sofferma brevemente sulla molteplicità dei tumori dell'apparato genitale femminile. Esamina quindi la frequenza del cancro del moncone dopo la subtotale per fibromioma concludendo, sotto questo riguardo, che le cifre raccolte dai vari autori sono troppo disparate per poter avere un valore pratico, oscillando esse dal 0.20 al 4% dei casi operati. D'altra parte anche la mortalità della totale in confronto della subtotale, è, nelle mani dei vari operatori, così varia che non si può, oggi, concludere in senso assoluto per l'isterectomia totale in tutti i casi di fibromioma. Si può tuttavia dare la preferenza alla totale, quando esistano sospette lesioni del collo uterino e quando, infine, sicuri della propria tecnica, si possa fare discendere la mortalità della totale sotto il 2%, cifra che si avvicina a quella del cancro del moncone, e di tutte le altre lesioni flogistiche e neoplastiche che possono colpire il moncone stesso.

Intorno a un nuovo caso di pneumoventricolo cerebrale.

Dott. Augusto Monari. — Il caso riguarda un fanciullo di 5 anni al quale accidentalmente, durante un gioco, si era, nella regione parietale sinistra, infitto (penetrando nella cavità cranica 3-4 cm.) un lungo ferro appuntito. Trasportato il bimbo in coma, mezz'ora dopo il trauma, all'Ospedale gli si riscontrò coi radiogrammi eseguiti dall'O., un pneumoventricolo cerebrale del solo ventricolo laterale sinistro. L'O. riferisce il caso sia per la sua grande rarità, sia perchè gli ricorda quello (da lui pure osservato) di un altro fanciullo che, vittima di investimento automobilistico, presentò un caratteristico reperto radiografico di pneumoventricolo cerebrale bilaterale. Nel caso presente essendo il bimbo morto per meningite, è stata possibile l'autopsia. La quale dimostrò che il ferro appuntito era sì penetrato nella sostanza cerebrale, ma non fino al ventricolo laterale sinistro perchè, come mostrò un accurato esame dell'encefalo, le pareti di questo non avevano nessuna soluzione di continuo. Tale reperto non fa che confermare secondo l'O., la ipotesi (già da lui emessa in occasione del primo caso osservato) sulla via seguita dall'aria per giungere nei ventricoli in simili feriti. L'aria entrata per la breccia del cuoio capelluto e della teca cranica negli spazi subaracnoidei, passa attraverso i fori di Magendie e di Luschka nel IV° ventricolo, quindi per l'acquedotto di Silvio nel III° ventricolo e per i fori di Monro nei ventricoli laterali.

Franchini F. — Per spiegare l'entrata nel ventricolo laterale sinistro, dato che l'autopsia dimostrò che la ferita non penetrava dentro di esso, pur ritenendo che l'aria sia penetrata pei fori di Magendie e di Luschka (come ha detto il Monari) si domanda come abbia potuto arrivare dal punto della ferita a questi forami e crede che ciò sia potuto accadere per l'effetto premente ed aspirante prodotto durante le grida del piccolo ferito; inquantochè se il grido è costituito da una forte espirazione, ad esso segue necessariamente una inspirazione in genere più profonda e più forte del normale. Durante questa sarebbe stata aspirata aria.

Il Segretario: C. L. Emiliani.

Società Italiana Fascista di Studi Scientifici sulla tubercolosi.

Sezione di Palermo.

Seduta del 20 marzo 1930

Presidente: Prof. Luigi Manfredi.

Sul pneumotorace spontaneo in seguito a primi interventi per l'istituzione del pneumotorace terapeutico.

Prof. Vincenzo Fici. — L'O. riassume la letteratura sull'argomento, mettendo in rilievo come tale incidente della tecnica operatoria per l'istituzione del pneumotorace terapeutico, sia stato, finora, poco considerato. Espone i propri casi, in numero di 12, su 300 pneumotoraci terapeutici, distinguendoli, per rapporto alla sintomatologia, in due gruppi: l'uno di media e l'altro di lieve gravità. Si sofferma ad illustrare due casi, nei quali l'incidente ebbe a manifestarsi in soggetti che si trovavano in particolari condizioni dell'apparecchio respiratorio. Nel primo caso trattavasi di pneumotorace spontaneo in soggetto precedentemente sottoposto a collassoterapia pneumotoracica controlaterale, con interruzione precoce della cura per pleurite essudativa e conseguente intervento per frenicoexeresi; nel secondo caso il pneumotorace spontaneo ebbe luogo nel tentativo di istituire il pneumotorace simultaneamente bilaterale e mentre era già in efficienza quello controlaterale.

L'O. invoca, per la patogenesi, il microtrauma su vescicole polmonari sottopleuriche in istato di rigidità enfisematosa, per effetto della puntura dell'ago da pneumotorace, o di lacerazioni prodotte dallo stiramento di aderenze pleuriche, insieme con l'azione coadiuvante di fattori multipli, variamente concorrenti, della meccanica respiratoria. Si occupa infine della terapia dell'incidente e delle norme per la prosecuzione del trattamento pneumotoracico, ad incidente superato.

Sopra alcuni inconvenienti dovuti a ritardato rifornimento nella cura del pneumotorace terapeutico.

Prof. Giovanni Ciriminna. — L'O. presenta tre casi clinici documentati da controlli radiografici molto dimostrativi.

Nel primo caso: forma prevalente a destra, fibro-caseosa con maggiore localizzazione al lobo superiore; il ritardato rifornimento avvenuto dopo due mesi dall'inizio della collassoterapia, determinò la riespansione del polmone, disuguale nei tre lobi e maggiore nel lobo medio ed inferiore, con riaccensione in questi lobi del processo morboso, che scomparve dopo la ripresa della cura.

Nel 2° caso — forma essudativa prevalente a

destra nel lobo superiore — nel quale, il ritardo al rifornimento avvenne appena 40 giorni dopo l'inizio della cura, si ebbe riespansione del lobo inferiore con ripresa del processo morboso attivo e con formazione di nuovi focolai nel lobo inferiore e formazione di essudato pleurico.

Ristabilendo, con nuovi rifornimenti, la pressione nel cavo pleurico, si ebbe, a breve distanza di tempo, riassorbimento del versamento pleurico, e scomparsa dei fatti di riattivazione del processo morboso polmonare.

Nel 3° caso — forma essudativa prevalente al lobo superiore sinistro con leggeri fatti iperplastici a destra — il ritardo al rifornimento di 42 giorni si ebbe in un periodo avanzato della collassoterapia, e precisamente dopo 11 mesi dall'inizio di essa. Si produsse una grave decompressione del polmone con valori negativi di molto al disotto di quelli iniziali, con lieve ed uniforme riespansione del polmone, ma con spostamento verso il lato ammalato del mediastino e conseguenti disturbi circolatori, con elevazione del diaframma, e con retrazione della parete toracica del lato affetto, mentre non si ebbero fatti di riaccensione del processo morboso.

In complesso le alterazioni che si producono da ritardato rifornimento sono diverse, secondo che il ritardato rifornimento avviene in un primo tempo della cura — quando il processo di vegetazione connettivale e di formazione di tessuto fibroso, che si determinano per il pneumotorace, sono ancora limitati alle zone del polmone ammalate o più ammalate; o che il ritardo al rifornimento avviene in un periodo avanzato della cura, quando la connettivazione è estesa a tutto il polmone.

Nel primo caso predominano i fenomeni di riespansione nelle zone precedentemente meno affette del polmone con riaccensione del processo morboso e formazione di essudato pleurico, fatti che sono curabili con la ripresa dei rifornimenti.

Nel secondo caso predominano i fatti di spostamento verso il lato ammalato agli organi vicini, specie del cuore, con eventuali disturbi circolatori e fatti di retrazione della parete toracica del lato affetto.

Risultati e significato della splenoterapia nella tubercolosi polmonare.

Prof. VITO CESARE PIAZZA. — L'O. si è proposto lo studio dell'azione degli estratti splenici nella tubercolosi con tecniche adatte, per ottenere sempre un identico prodotto, e per stabilire poi se tale azione sia dovuta a tutto il parenchima splenico o a qualche sua frazione, e se agisca come un semplice alimento o per l'azione di qualche corpo definito in esso contenuto, e se tale azione rappresenti o non l'esaltazione di una funzione normale, o il rinforzo di una insufficienza funzionale della milza dei tubercolotici.

L'O., con una sua tecnica speciale, è riuscito ad ottenere dalla massa splenica una frazione perfettamente identificabile per i suoi caratteri fisico-chimici, e che corrisponde a circa il 3% della massa splenica adoperata.

Tale frazione splenica è stata adoperata negli individui affetti da tubercolosi polmonare diffusa, con grave tossiemia. E' stata somministrata agli ammalati in polvere secca, per via orale, alla dose di gr. 1/2, 1, 2, 3 al giorno. E' stata tollerata perfettamente bene senza dar luogo ad alcuna insofferenza. Gli effetti sono stati lenti a comparire, poichè si sono notati dopo molti giorni, e si sono fatti sentire sia sulla febbre, sia sulle condizioni generali, sia sui fatti locali. Essi sono stati proporzionali alle dosi adoperate, ed hanno avuto coincidenza, in linea di massima, con quelli ottenuti dagli altri autori cogli estratti globali.

La sola differenza esistente fra i risultati ottenuti con questa frazione splenica e con gli estratti globali è che essa non manifesta alcuna azione diretta sulla crasi sanguigna, che invece è molto evidente con gli estratti globali. Ciò è facilmente spiegabile poichè tale azione degli estratti globali è dovuta all'emoglobina ed al ferro contenuti nella milza, che vengono invece eliminati con la tecnica di isolamento dell'O.

Inoltre tale differenza mette in rilievo che l'azione benefica sull'andamento del processo tubercolare polmonare è indipendente da quella diretta sulla massa globale sanguigna. Risulta invece che l'azione benefica sul processo tubercolare polmonare data dalla splenoterapia è dovuta ad una frazione della massa splenica corrispondente al 3% circa di essa.

Dopo aver passato in rassegna tutti gli studi che si riferiscono alle varie funzioni della milza sulla nutrizione in genere e sul metabolismo generale e speciale, l'O. viene alla conclusione che, al momento attuale, non si può assegnare più all'uno che all'altra di queste funzioni la regolarizzazione dei processi di guarigione del polmone tubercolare, che si verifica sotto l'azione della frazione splenica adoperata. Questi risultati potrebbero forse dimostrare che, nei soggetti in esame, la milza probabilmente si può trovare in condizioni di insufficienza funzionale e che forse la somministrazione di tale frazione potrebbe restituire, o direttamente come prodotto di sostituzione, o indirettamente come omostimolante, all'organismo ammalato, il quantum di funzione splenica necessaria.

Le ricerche mettono in evidenza questioni nuove, e specialmente quella che riguarda l'azione di tale frazione; se si tratti cioè di una azione ormonoide o di un'azione omostimolante.

Il Segretario: Prof. V. FICI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La reazione dell'urina.

L'urina delle 24 ore ha reazione acida, ma quella presa durante alcune ore del giorno può avere anche reazione leggermente alcalina. Ciò accade specialmente quando il rene emette la sua secrezione subito dopo il pasto, al tempo del così detto « flusso alcalino ». Tali cambiamenti sono dovuti alla necessità di mantenere costante il pH del sangue e dei tessuti, durante il periodo di produzione di acido, quale si trova nel succo gastrico.

Da qualcuno, è stato suggerito di considerare la presenza o l'assenza di un flusso alcalino post-prandiale come l'indice della presenza o dell'assenza di acido cloridrico nel succo gastrico. Ma non bisogna dimenticare che un'alcalosi relativa può aversi anche per altre cause, per cui se ne ha di conseguenza l'eliminazione renale di alcali. Al mattino, vi può essere un'espulsione di anidride carbonica che si era venuta accumulando durante la notte; tale iperventilazione provoca l'alcalinità delle urine, che si può osservare anche al mattino. Grant e Goldnam (*Journ. amer. med. assoc.*, 7 dic. 1929) hanno, di fatto osservato che quando l'urina viene raccolta alla fine di un periodo di respirazione forzata, è torbida e tale torbidezza è dovuta al fatto che l'urina stessa è alcalina e contiene dei fosfati precipitati. Si ammette che l'iperventilazione, lavando l'anidride carbonica del sangue, tende a rendere questo più alcalino e quindi, per mantenere la costanza della concentrazione idrogenjonica, una maggior quantità di alcali viene escreta dal rene.

In studî più recenti, è stato dimostrato che vi sono altri fattori che spiegano l'alcalinità dell'urina mattutina. Uno è dato dalla secrezione dell'acido cloridrico da parte dello stomaco, l'altro è dovuto all'adattarsi della respirazione alle condizioni di veglia. Si osserva inoltre che il flusso alcalino dell'urina può non essere dovuto all'ingestione di cibo, in quanto che il ritmo acido-alcali non sempre dipende dall'immediato stimolo dello stomaco, ma può essere secondario al ritmo secretorio dello stomaco.

fil.

Il dosaggio dell'urea con l'ipobromito di sodio.

Nei paesi latini e specialmente in Francia si dosa da lungo tempo l'urea nel sangue e nelle urine con l'ipobromito di sodio. Nei paesi Anglo-Sassoni e specialmente in America questo metodo è considerato come « grossolanamente inesatto » e si dà la preferenza al metodo dell'ureasi. Ambard e Schmid (*Archives des Maladies des reins et des organes génito-urinaires*, febbraio 1930) hanno voluto paragonare i risultati ottenuti con i due metodi, eseguendo dei dosaggi comparativi tanto sulle urine che sul sangue, adoperando il micro-ureometro di Ambard per il dosaggio con l'ipobromito e seguendo la tecnica di van Slyke per il dosaggio con l'ureasi. I risultati delle ricerche hanno dimostrato uno scarto fra i due metodi compreso fra + 2 e — 1 per 100. Il metodo con l'ipobromito è dunque sufficientemente preciso per tutti i bisogni della clinica ed ha, sul metodo dell'ureasi, il vantaggio di una tecnica più sbrigativa e più semplice.

TOSCANO.

L'esame della saliva nell'uremia.

S. Larregla (*Clinica y Laboratorio*, nov. 1929) mette in rilievo l'importanza dell'esame della saliva nell'uremia, facendo notare che spesso, nella saliva si riscontra una quantità di urea maggiore che nel sangue. Unica cosa da tener presente, si è che nei nefritici cloruremici, in causa dell'idremia, la concentrazione dell'urea nella saliva (come, del resto anche nel sangue) resta minore.

In caso di lesioni suppuranti della bocca, i valori si modificano nel senso di una maggiore quantità di urea salivare.

Per farne la determinazione, si può usare qualunque ureometro; si ha anche un vantaggio, in quanto che è possibile ottenere una maggiore quantità di saliva, senza incomodare per nulla il malato. Nel caso di individui nervosi, che hanno una certa inibizione nell'emissione della saliva, basterà mettere una goccia di succo di limone sulla lingua per avere una secrezione abbondante. Naturalmente, la saliva va sottoposta, come il sangue, alla dealbuminazione, mescolandola con quantità uguale di soluzione di acido tricloroacetico al 10 % e filtrando successivamente.

Da numerosi esami praticati, risulta che le quantità di urea della saliva corrispondono, salvo minime differenze, a quelle contenute nel sangue e ciò nei malati come nei sani. Il metodo dell'A. si presenta quindi raccomandabile per la sua semplicità, in quanto che non esige prelevamenti di sangue.

fil.

CASISTICA.

La diverticolite.

La diverticolite del sigma colico è conosciuta da molto tempo. Edmund I. Spriggs (*The Lancet*, 28 sett. 1929) ricorda che si distinguono 3 periodi nel decorso della malattia:

a) lo stadio prediverticolare in cui l'intestino, nel suo tratto colpito, perde la sua segmentazione ed assume un aspetto rigido con piccole convessità, corrispondenti alle saccoccie che si formano dove i vasi linfatici e sanguigni perforano la parete; la formazione delle saccoccie è preceduta da contrazioni muscolari irregolari; *b*) lo stadio di diverticulosi, o diverticoli formati — i diverticoli possono essere pochi o molti, a imbocco più o meno grande —; alcuni contengono frammenti di cibo e non si possono riempire con il bario. L'etiologia della diverticulosi è ignota tuttora: sembra però escluso il fattore meccanico, e si dà maggiore importanza a quello infiammatorio: un rapporto costante con la stipsi, non è dimostrabile; *c*) quando un processo infiammatorio si stabilisce a carico di un diverticolo e, di lì, invade tutta una zona della parete intestinale, allora si parla di diverticulite.

L'A. basandosi sulla osservazione di molti casi, ne traccia il quadro clinico (sintomatologia dolorosa localizzata al quadrante inf. sin. dell'addome, talora intermittente; ivi si palpa spesso una massa di consistenza elastica; l'alvo è irregolare, la vescica può essere coinvolta nel processo morboso; le emorragie sono rare): ricorda che i sintomi possono aversi soltanto nei primi e negli ultimi stadii della malattia. L'esacerbazione dei sintomi si accompagna in genere a nuovi attacchi di diverticulosi.

L'esame radiologico mostra le ombre del bario nei diverticoli, sotto forma di escrescenze tipicamente arrotondate od ovali.

La diagnosi è, in genere, assai difficile; il sigmoidoscopio porta poco aiuto, l'esame coi raggi è indispensabile.

La diverticolite può complicarsi di ostruzione per due meccanismi; o si tratta di un turgore flogistico delle pliche della mucosa, e in tal caso l'olio tiepido risolve facilmente l'ostacolo; o si tratta di una costrizione fibrosa della parete intestinale. La prognosi dipende dalla rapidità con cui si fa la diagnosi; la cura consiste nell'uso di diete adatte (di cui l'A. dà indicazioni esatte); nell'astensione dai purganti troppo ripetuti, nell'uso di 3-6 oncie d'olio caldo per clistere: inoltre lavoro, esercizio, vita regolare; poco fumo. Con questa cura medica si ottengono spesso buoni e rapidi risultati.

L'intervento chirurgico diventa necessario quando un diverticolo si perfora, quando si formano ascessi o fistole, quando si ha una ostruzione; la colostomia può talora essere richiusa e l'intestino riassume le funzioni normali: la colostomia può essere associata o no alla cecostomia.

L'intervento chirurgico deve essere praticato solo quando ce n'è stretto bisogno; e bisogna sempre tentare prima la cura medica.

William Mayo (*The British Medical Journal*, 28 sett. 1929) riprende l'argomento distinguendo i diverticoli del colon in veri del tipo congenito o da trazione — il cui sacco è ricoperto da tutte le tuniche intestinali — e in acquisiti in cui è solo la mucosa che si fa strada traverso la muscolatura, in corrispondenza dei suoi punti deboli: anch'egli ritiene che la stipsi non sia un fattore etiologico di grande importanza.

I quadri clinici si possono così distinguere: 1) diverticolite e peridiverticolite pura; 2) diverticolite e peridiverticolite con formazione di fistole o di ascessi che si possono distinguere in entero-intestinali, entero-vescicali ed enterocutanei; 3) diverticolite complicata da ostruzione; 4) carcinoma che si sviluppa su una diverticolite.

Il Mayo insiste su quest'ultimo rapporto tra la formazione dei diverticoli e lo sviluppo di un tumore maligno: il passaggio dall'uno all'altro processo morboso è innegabile, ma il nesso di relazione è ancora oscuro.

Riguardo alla cura chirurgica, essa si impone in molti casi (ascessi, ostruzione, ecc.). L'operazione è spesso difficile, come quando, ad es., s'interviene su delle fistole colla vescica o con altri tratti dell'intestino. Ottima tecnica operatoria è quella d'interporre l'omento, una volta suturate le fistole, tra l'ansa sigmoide e la vescica e gli altri organi.

L'A. termina accennando all'importanza che sembra — al lume delle moderne ricerche — assumere in questo campo il sistema simpatico vegetativo: già l'asportazione di gangli simpatici lombari e dei loro rami comunicanti, praticata da Adson, ha dato ottimi risultati nella cura del megacolon.

V. SERRA.

L'appendicite traumatica.

E. Desmarest (*Presse Méd.*, 5 marzo 1930) osserva che l'appendicite traumatica esiste e può succedere sia a un traumatismo diretto (sulla fossa iliaca destra) che a un traumatismo indiretto (per violento sforzo muscolare nel sollevare un pesante fardello, durante certi esercizi di ginnastica, ecc.).

Le lesioni a carico dell'appendice sono dovute alla brusca penetrazione nel lume dell'organo d'una certa quantità di materiale fecale e di gas che distendono all'accesso l'appendice, determinando alterazioni della mucosa le quali favoriscono il libero passaggio dei micro-organismi.

La presenza d'un calcolo fecale o d'un corpo estraneo violentemente spostato per la sovradistensione dell'appendice facilita il processo infettivo.

Gli accidenti locali sono dovuti a gangrena parziale dell'appendice e determinano una peritonite diffusa, se l'appendice è libera nella cavità peritoneale, un ascesso peri-appendicolare invece, se la presenza di aderenze anteriori al traumatismo ha stabilito una barriera protettiva.

C. GIACOBBE.

I rapporti tra le malattie del sangue e le affezioni digestive.

Vi è una stretta parentela tra tutti gli organi; più chiara appare quella che esiste tra il tessuto sanguigno e l'apparato digestivo, come risulta dai casi patologici: i parassiti intestinali si accompagnano ad eosinofilia; molte malattie del sangue si presentano con ulcerazioni bucco-faringee; la lingua di Hunter spesso è il primo segno dell'anemia perniciosa.

Anche le tonsille talora presentano i primi segni d'una malattia del sangue; così è facile trovare un'angina maligna quale segno precoce d'una leucemia acuta; analoghe alterazioni si osservano anche nelle agranulocitosi; la linfogranulomatosi si accompagna spesso a disturbi intestinali.

A questi rapporti, ricordati da E. Schwarz (*Wien. Medic. Wochen.*, LXXIX, n. 23, giugno 1929), bisogna aggiungere quelli più importanti che accompagnano l'anemia perniciosa: l'anacloridria e l'achilia gastrica, mentre confermano l'opinione dell'A. che tra sangue ed organi addominali esistono intimi rapporti, hanno permesso di poter far avanzare la teoria enterogena della patogenesi dell'anemia perniciosa, teoria sostenuta dal Seydenhelm con ricerche sperimentali, non da tutti in verità accettata.

CARUSI.

Il prurito anale e l'acidità delle feci.

Il prurito anale ha scarsa importanza ma è di una molestia spesso tormentosa: le cause possono essere svariatissime.

Degne di ricordo sono le dermo-epidermiti micosiche che possono cedere con l'uso di un lieve antisettico come la tintura di jodio diluita, od il calomelano. Alcuni AA. hanno usato talora con buoni risultati i vaccini antistafilococcici. Anche lo stato del sangue può essere in causa e l'iperglicemia ha talora valore patogenetico. Roux (*Arch. des mal. de l'app. digest.*, n. 9, novembre 1929) ha notato che in molti casi esiste una acidità anormalmente alta delle feci: orbene in questi casi il prurito non cede a nulla, mentre cessa non appena con adatta alimentazione si modifichi la reazione delle feci.

L. TONELLI.

TERAPIA.

Il trattamento delle congestioni polmonari.

1) *Nelle forme idiopatiche non infettive.* F. Piechaud e C. Rudeau (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 febbraio 1930) rilevano che tali forme possono aversi, per intossicazione alcoolica, da gas di combattimento, negli avvelenamenti da veleni di serpenti, nel colpo di calore, colpo di freddo, nei fenomeni di sieroreazione e di anafilassi. Si tratta di veri « colpi di sangue polmonari », con semplici iperemie generalizzate del parenchima, accompagnate talora da focolai emorragici. In questa categoria rientra la congestione parossistica descritta da Weill, provocata dal freddo, di cui il segno principale è dato da abbondanti emottisi.

Sono noti i sintomi di queste forme: dolore puntorio, dispnea intensa, tosse; espettorato edematoso o mucoso, spesso emottoico. Entrambi i polmoni sono invasi da rantoli fini disseminati.

Contro il dolore puntorio: coppette scarificate, iniezione di morfina, di novocaina (cg. 1), mezzi che calmano anche la dispnea e la tosse. Anche gli impacchi umidi agiscono in questo senso.

L'*elemento congestizio* va trattato con la revulsione e numerose coppette secche o scarificate; gli impacchi senapizzati hanno un'azione indiscutibile.

L'ergotina e l'ipeca realizzano la medicazione anticongestiva.

Ergotina	cg.	10 (per anno di età)
Polvere di ipeca	»	5
Sciroppo di caffè	g.	10-30
Acqua distillata	»	30-120

S. A piccoli sorsi ogni ora.

L'ipeca può anche essere prescritta in cartine da 5 cg. (4 cartine, da prendersi ogni 10 minuti).

L'ipeca agisce anemizzando il polmone mediante i vomiti che provoca ed ha per conseguenza l'espulsione delle mucosità.

L'ergotina può essere somministrata in forma di pillole.

Ergotina	cg.	10
Polvere del Dover	»	5
Estratto di giusquiamo	»	2

Per una pillola. Di tali n. 12.

Si possono anche prescrivere dei suppositori di oppio e giusquiamo, contro la tosse, che va combattuta soltanto se è eccessiva.

Come pozione calmante, si può prescrivere:

Sciroppo di codeina	g.	40
Sciroppo di belladonna	»	20
Acetato d'ammoniaca	»	4
Benzoato di sodio	»	4
Acqua di tiglio q. b. per fare	»	120

Se il cuore deve essere sostenuto, si faranno delle iniezioni di olio canforato e di sparteina. In questi casi, però, si farà bene a misurare la pressione, che talvolta è elevata ed allora si deve agire in un altro senso; le coppette scarificate, le sanguisughe sulla regione epatica od il salasso (circa 300 grammi) saranno assai utili.

2) *Nella congestione influenzale.* La gravità dell'influenza dipende per la massima parte dalle localizzazioni polmonari. Per evitarle, si è preconizzata, oltre alla somministrazione della tintura di digitale (XV gocce), la rivulsione mediante coppette secche o scarificate alle basi polmonari, da ripetersi nei primi 3-4 giorni.

Si daranno abbondanti tisane. Nella *forma asfissiante, broncoplegica,* si eviterà il salasso abbondante e si daranno dei tonici cardiaci a piccole dosi: scilla (cg. 15 della polvere), tintura di adonis (IV gocce al giorno). Se la viscosità sanguigna è troppo alta, si darà il citrato di sodio:

Citrato di sodio	g.	4
Sciroppo di cortecce d'arancio	»	60
Acqua distillata q. b. per fare	»	120

S. Da consumarsi in una giornata. Ripeterla per 4-5 giorni.

Ravaud ha consigliato l'iniezione endovenosa di 2-4 cmc. della soluzione:

Jodio	g.	1
Joduro di potassio	»	2
Acqua distillata	»	100

Nella *forma tossica,* dal colorito plumbeo, si metterà in opera la medicazione toni-cardiaca. Opoterapia surrenale (estratto surrenale, adrenalina o siero adrenalizzato), olio canforato od olio etereo-canforato, eventualmente con fosforo (1 mg., con 20 cg. di canfora, per cmc. di olio), il solfato di stricnina (2 mg. al giorno). Impacchi umidi sul torace.

Gli AA. consigliano inoltre, nelle forme polmonari gravi, l'ascesso di fissazione.

fil.

Il trattamento dell'influenza.

E. Nesnera (*The practitioner,* febbr. 1930) ha ottenuto buoni risultati col seguente metodo.

Il rimedio che egli consiglia non appare una novità, constando di cloridrato di chinina, fenacetina ed aspirina, ana cg. 30; per i bambini a 5-6 anni, la dose si riduce ad un quarto, per quelli da 8-10 ad un terzo, a 12-14, alla metà, per quelli di 15-16 anni, i tre quarti della dose e lo stesso per gli adulti oltre i 65 anni.

La prima dose si prende subito dopo l'iniziarsi dei sintomi e, secondo la serietà del caso, se ne prende un'altra 2 ore e mezza a 3, dopo la prima; una terza se ne prende dopo 4 ore e mezza a 5 ed un'altra dopo lo stesso intervallo. L'A. annette grande importanza a questi intervalli, che devono essere osservati anche se vi è bisogno di svegliare il paziente.

Se il trattamento è incominciato a tempo, la febbre cessa, al dire dell'A., dopo la quarta dose; se invece non lo si fa regolarmente, si può avere un ritorno della febbre dopo un giorno di apiressia.

Ad ogni modo, 4-5 ore dopo la quarta dose, si incomincia una nuova serie di somministrazioni, continuandole ogni 3-4 ore, in modo da darne 4-6 al giorno, secondo la gravità dell'infezione. Al terzo giorno, anche se il paziente è apiretico, dare 4 dosi e, se continua ad essere in stato subfebbrile, se ne daranno 4-5 per qualche altro giorno.

È altresì importante evitare che i pazienti si alzino troppo presto.

L'A. ritiene che i risultati non ugualmente buoni ottenuti da altri con medicamenti simili sono dovuti al fatto che gli intervalli fra le singole dosi sono troppo lunghi e quindi, egli dice, non si ottiene una sufficiente disinfezione dell'organismo, il che fa ritenere che egli attribuisca un potere disinfettante alle medicine prescritte.

fil.

Trattamenti recenti della pertosse.

I. *I raggi X.* Varie sono le opinioni in argomento. Alcuni autori sono nettamente pessimisti e ritengono che tale trattamento sia inefficace e talora, anzi, possa essere nocivo. Secondo altri, invece, i raggi X diminuiscono il numero e la gravità degli accessi nel 75 % dei casi ed arrestano generalmente i vomiti. I risultati sembrano dovuti ad azione sui gangli bronchiali. Qualche altro autore ritiene che sia più efficace l'irradiazione del fegato che non quella dell'ilo ed ammette che l'efficacia del trattamento sia dovuta ad una reazione delle proteine; la pertosse non sarebbe una semplice infezione, ma un'ipersensibilità dovuta ad una proteina, probabilmente innestata sopra una diatesi specifica. Il meccanismo dell'azione consisterebbe, secondo altri, nell'effetto calmante, sedativo della irradiazione probabilmente con l'intermediario del metabolismo calcico.

II. *I vaccini.* Sono stati usati autovaccini, stockvaccini, vaccini fluorati, autolisati, ecc. In complesso i risultati sono abbastanza favorevoli; ancora migliori lo sono quando il vaccino è usato a scopo profilattico.

III. *L'etere.* Lo si usa puro, ovvero mescolato a parti uguali con olio ordinario o con olio gomenolato, sempre per iniezioni endomuscolari. In generale, i risultati sono favorevoli (iniezioni ogni due giorni, di 1-5 cmc.); talora si è notato un miglioramento fin dalla seconda, qualche volta se ne sono dovute fare 5-7.

Sono però segnalati degli inconvenienti; A. Tow ha osservato nel 2 % lo sfacelo, altri autori, dopo iniezioni endoglutee profonde, hanno osservato paralisi nella zona del nervo tibiale e peroneo. Il trattamento, per essere efficace, deve essere precoce.

(R. Dupérié. *Journ. de méd. de Paris,* 17 ottobre 1929).

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. Z. da S.:

Il silicato di calcio non si trova in commercio perchè deve essere preparato nel momento del bisogno. Si può partire dall'acido silicico in polvere, parti 78, mescolarlo con 56 parti di ossido di calcio o calce caustica e impastare tutto con acqua sufficiente per avere la pasta della consistenza voluta. L'indurimento della pasta così preparata è molto lento. Più praticamente il silicato di calcio si prepara partendo dal silicato di sodio sciropposo, parti 150 circa, e mescolando 60 parti di calce caustica in polvere. Si mescola rapidamente e si spalma. Il consolidamento della pasta in questo caso è più rapido. A. SCALA.

VARIA.

Bonum vinum laetificat...

Dopo l'anatema lanciato dal prof. Guillain contro il *cocktail*, gli alcoolici erano in forte ribasso tra i medici e gli igienisti. Ma M. Loeper, L. Michaux e S. De Seze (*Bull. et. Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 18 ott. 1929) hanno riferito, subito dopo, una serie di esperienze fisiologiche, le quali tendono a riabilitare gli alcoolici, a condizione di usarne con moderazione.

Le esperienze sono state eseguite col vino. Introdotto nel duodeno, esso ha provocato un deflusso molto copioso di bile. Introdotto nell'intestino (10 cmc. di vino vecchio bianco entro un'ansa intestinale del coniglio) ha provocato un aumento straordinario della leucocitosi epatica. In malati che presentavano i piccoli segni dell'epatismo, l'assorbimento di 250 grammi di vino (un grosso bicchiere) ha fatto elevare il coefficiente azoturico e il coefficiente di ossidazione dello zolfo e migliorare il coefficiente di Maillard.

Questi rilievi sperimentali e clinici conducono ad ammettere che in un soggetto normale il vino *naturale*, ingerito in quantità moderata, non può essere considerato come nocivo: la dose limite è incirca di 5 cmc. per kg. di peso. Non solo, ma il vino può dimostrarsi un vero medicamento epatico, dacchè determina un'eccitazione della cellula epatica, favorevole al buon funzionamento di essa. Ci si spiega così come l'empirismo abbia condotto ad incorporare nel vino zuccherato il boldo, il condurango, ecc., onde rafforzarne l'azione.

Invece, ingerito in quantità eccessive e per lungo tempo, il vino diviene eminentemente dannoso per il fegato.

Questi dati confermano che in igiene la via di mezzo resta sempre la migliore. L'uso generalmente è utile; l'abuso danneggia.

* * *

J. Alquier (*Bull. Soc. Scient. d'Hygiène aliment.*, 1929, v. 17 p. 115 e 182) discute il valore biologico e alimentare del vino.

Rileva l'importanza di tale studio, dacchè si calcola facilmente che in Francia il vino fornisce dal 7 al 10 % dell'energia complessiva consumata con gli alimenti.

Esperienze su cavie, alle quali veniva somministrata una piccola razione di vino, hanno dimostrato che la prole era alquanto più pesante e presentava una mortalità minore, rispetto ai controlli. Esperienze su cavalli, ai quali si somministrava del vino molto diluito poco prima di uno sforzo intenso, hanno dato risultati variabili: nei cavalli giovani e in quelli poco robusti l'efficienza si riduceva; viceversa nei cavalli adulti e forti. Ricerche rigorose condotte in una famiglia di contadini ad alimentazione povera, hanno dimostrato che il vino faceva ridurre il consumo dei cibi e faceva aumentare il rendimento di lavoro.

L'A. osserva che il vino è poverissimo di vitamine, alle quali si era voluta attribuire la sua azione benefica, vera o presunta; ma contiene altri elementi utili, come i glicerofosfati. Gli alcoli superiori, le aldeidi, gli eteri, ecc.. contenuti nel vino, non sono dannosi, perchè estremamente diluiti; anzi gli conferiscono l'aroma gradevole ed eccitano la secrezione dei succhi digerenti.

L'A. conclude che il vino *genuino* non è dannoso, anzi dev'essere considerato come benefico; ma a condizione di consumarlo con molta moderazione. O. F.

(*Annali d'Ig.*, febbr. 1930).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

D. PALIERI. *Considerazioni sul parto di un feto mostruoso.* — Riv. Terapia Pratica, 1929.

R. MAROTTA. *Il massaggio della tiroide nella diagnosi dell'occhio basedowiano.* — Coop. Tip. Sicil., Napoli, 1929.

A. TERZANI. *Il pneumotorace spontaneo in corso di pleurite essudat. tbc.* — Tip. Ed. Min., Torino, 1929.

V. RONCHETTI. *Endocardite maligna a lento decorso.* — Arti Grafiche Belforte, Milano, 1929.

F. PEDRAZZINI. *Obesità. Ipertensione. Insuf. app. elastico meningo-encefalico.* — Tip. Il Secolo, 1929.

G. DI GIACOMO. *Il massaggio prostatico e i suoi pretesi danni nella terapia delle prostatiti.* — Tip. Lito-Tip. Rancati, Milano, 1929.

Relazione sull'attività sociale della Società contro la Tubercolosi di Trieste. — Tip. Leghissa, Trieste, 1929.

D. PALIERI. *Infezione puerperale post-abortum, curata con iniezioni intrauterine di olio canforato.* — Tip. Zerboni, Milano, 1929.

G. ROASENDA. *Pireto-solfo-terapia e cure specifiche in malattie luetiche del sistema nervoso.* — Arti Graf., Varallo-Sesia, 1929.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I rimedî della pletora.

I danni della pletora professionale — l'abbiamo già accennato — sono incontestabili. Quali i rimedi?

Se la diagnosi del male e delle sue conseguenze è ovvia, non è altrettanto facile la terapia. Anzi, a dir vero, non può parlarsi di terapia, perchè non è possibile escogitare un mezzo che riduca attualmente la congestione della classe. Si tratta di evitare l'immissione di nuovi elementi in proporzioni eccessive, si tratta di una profilassi con effetti a lunga scadenza, e di cui la nostra generazione non può sentire l'influenza benefica.

Altra volta alle crisi di congestione seguirono fasi decrescenti: fenomeno questo di cui ci sfuggono le cause, e che non fu la conseguenza di provvedimenti voluti e predisposti. L'esperienza quindi non può fornire alcuna norma.

Da anni si grida l'allarme, s'invocano provvidenze profilattiche. Ma si è avuto il torto di parlarne solo nelle assemblee di classe, di scriverne solo sui giornali professionali, insistendo su di un metodo che non aveva altro effetto, oltre quello di convincere i convinti.

Gli organi sindacali hanno delibata la quistione, hanno promesso il loro interessamento, ma di pratico non si è fatto nulla, e le cose hanno continuato a peggiorare.

L'azione del freno automatico è rimasta illusoria, la propaganda intesa a distogliere i giovani dall'iscriversi alle facoltà di medicina, non è stata fatta o ha dato esito negativo.

Certo il problema offre serie difficoltà, ma non è insolubile. Tanto più è da sperare nell'azione di provvedimenti, se si tien conto che la politica seguita con mano ferma ed illuminata in confronto della classe degli avvocati, ha avuto risultati sicuri per il miglioramento morale e materiale dell'esercizio di quella professione.

L'analogia tra le due classi non è perfetta, in quanto che la laurea in legge consente molte forme di attività, oltre quella di avvocato; mentre la laurea in medicina, se si eccettuano le poche e non brillanti carriere, non consente di fare altro che il medico.

Il criterio analogico quindi di limitare le iscrizioni agli albi è troppo semplicista, e certo non adottabile al caso nostro.

Bisogna risalire alle origini.

Non è dubbio che l'eccessivo affollamento delle Università, per le scienze dimostrative, in ispecie, influisce sfavorevolmente sulla preparazione culturale degli studenti. L'alto numero dei laureati, quindi, mentre provoca un abbassamento morale e materiale della classe, non garentisce una sufficiente preparazione e idoneità dei nuovi medici.

D'altra parte, la iscrizione agli albi, solo dei più capaci o meglio preparati, bandirebbe dall'esercizio professionale una gran massa di laureati, che per gli studi seguiti, non potrebbero adattarsi ad altre occupazioni.

La limitazione delle iscrizioni alle facoltà mediche, oltre ad evitare la pletora professionale, garentirebbe una maggiore serietà di studi ed una più adeguata preparazione pratica.

Tale provvedimento avrebbe anche il vantaggio di evitare l'affollamento di alcune Università e lo spopolamento di altre.

Attualmente le Università con sede in grandi città sono congeste, le altre sono anemiche.

Su queste, dopo le ultime dichiarazioni del Capo del Governo, non più incombe la minaccia di morte. La loro vita potrebbe essere resa più prospera e se ne potrebbe accrescere il rendimento, assegnando ad esse un numero di studenti adeguato alle loro possibilità, e costituente il sopravanzo delle altre Università, che dovrebbero consentire un numero limitato di iscrizioni.

Le ragioni dell'attrazione dei grandi centri sono troppo note, perchè meritino di essere ricordate. Ad essa non si sottraggono certo gli studenti, i quali sono spinti verso le grandi città, oltre che dal fascino dei diversimenti, dalla lusinga che ivi possano meglio prepararsi e più facilmente collocarsi.

La limitazione delle iscrizioni alle facoltà di medicina avrebbe quindi vantaggi molteplici: migliorerebbe le condizioni morali e materiali dei medici, garantirebbe una migliore preparazione culturale, renderebbe più vitali ed efficienti le Università dei centri minori, concorrerebbe alla politica contro l'urbanesimo. *Pangloss.*

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

L'assistenza ospedaliera e il personale femminile.

Il Ministero dell'Interno ha nuovamente richiamato l'attenzione dei Prefetti sulle diverse interpretazioni che si dànno ad alcune disposizioni del R. D. 21 novembre 1929 e del Regolamento relative all'attività degli infermieri.

Essendosi riconosciuto che la donna è assai più adatta dell'uomo a esercitare l'azione di assistenza, si deve cercare di dare la preferenza al personale femminile. Ma questo personale deve essere convenientemente preparato sia dal lato morale che professionale. A questo scopo si è provveduto al funzionamento di apposite Scuole-Convitto per infermiere presso Ospedali di notevole importanza, Scuole che rilasceranno diplomi e e certificati che dovranno essere considerati come titoli di preferenza per l'assunzione ai posti di servizio e ai posti direttivi dell'attività degli infermieri negli Ospedali comunali e negli Istituti di pubblica beneficenza.

Le Amministrazioni ospitaliere hanno l'obbli-

go di affidare, nel termine massimo di dieci anni, tutti i posti di capo-sala a infermiere diplomate.

È previsto anche un corso teorico-pratico di un anno, mediante il quale le infermiere già diplomate potranno conseguire il titolo di preferenza per l'assunzione presso Istituzioni di carattere medico-sociale.

Per gli Armadi farmaceutici.

Il Ministero dell'Interno — Direzione Generale di Sanità — in merito agli Armadi Farmaceutici, ha diramato ai Prefetti del Regno e all'Alto Commissario per la provincia di Napoli la seguente Circolare:

« La vigente Farmacopea Ufficiale del Regno, V edizione, in applicazione del disposto dell'ultimo comma dell'art. 33 della Legge 22 maggio 1913, n. 468, concernente la soppressione degli armadi farmaceutici, non riproduce le Tabelle corrispondenti a quelle distinte coi numeri XIV e XV della Farmacopea Ufficiale IV edizione, e cioè:

a) la tabella degli arredi ed utensili per gli Armadi farmaceutici (Tabella XIV);

b) la tabella dei medicinali, di cui gli Armadi stessi devono essere provvisti.

Come alle LL. EE. è noto, però, con la Circolare minister. 5 luglio 1928, n. 20400-3, relativa alle professioni sanitarie ed alle arti ausiliarie, fu fatto presente che si deve tutt'ora considerare lecito l'esercizio degli Armadi farmaceutici, in omaggio ad uno stato di necessità, per assicurare, cioè, un'assistenza farmaceutica, pur di carattere rudimentale, nelle località finora sprovviste di tale servizio.

In conseguenza, rendesi necessario determinare ciò di cui gli Armadi farmaceutici non possono non essere forniti, per una pronta somministrazione di rimedi urgenti e di uso comune, sì da rispondere allo scopo per il quale vengono conservati o istituiti.

Pertanto, per quel che concerne gli arredi e gli utensili, è da rilevare che quelli indicati nella Tabella XIV della Farmacopea IV edizione, rappresentando per qualità e quantità il *minimum* indispensabile per la preparazione dei medicamenti, nessuna variazione si ritiene doversi apportare alla stessa. La Tabella medesima deve quindi considerarsi tutt'ora in vigore ».

Cronaca del movimento professionale.

Convegno Nazionale delle Mutue.

Mentre questo numero viene impaginato, ha luogo in Roma un Convegno Nazionale delle Mutue. Ne daremo ulteriori notizie prossimamente.

Congresso provinciale di Mutue.

Il 4 corr. si è tenuto a Milano un convegno provinciale delle Mutue, per consacrare il loro inquadramento in seno alla Federazione delle cooperative a termine di legge. V'intervennero i delegati delle 350 Mutue della Provincia, che avevano aderito all'appello della Federazione, alcune delle quali avevano portato anche il loro vecchio vessillo.

L'on. Peverelli dopo avere, con rapida sintesi, reso un quadro d'insieme del movimento mutualistico, affermò di aver voluto questo primo Congresso Provinciale, affinchè i mutualisti Milanesi imparassero meglio a conoscersi e dall'avvicinamento uscisse una bene affiatata e chiara preparazione per il Congresso Nazionale delle Mutue indetto a Roma per l'8 corr.

L'on. Peverelli, esaminati i compiti che la Mutualità dovrà assolvere, superata la fase del suo assestamento nelle Istituzioni del Regime Fascista, vuole ancora una volta precisare, affinchè tutti ne traggano ammaestramento, che il movimento mutualistico, come quello cooperativo, non è solamente una perenne mobilitazione di forze economiche, ma altresì una meravigliosa fonte di forze morali, che scaturisce dal sentimento della fratellanza e della bontà umana.

Seguirono le varie relazioni. Per le Mutue sanitarie riferì il dott. Rossi, affermando l'utilità del loro inquadramento.

Infine si passò alla costituzione degli organi federali colla nomina dei singoli Direttori. Restano eletti per acclamazione, per le mutue sanitarie: on. Carlo Peverelli, rappresentante la Federazione provinciale milanese fascista delle Cooperative e delle Mutue; avv. Luigi Franco Cottini, rappresentante la Federazione provinciale milanese fascista; on. comm. Pietro Capoferri, rappresentante dei Sindacati fascisti dell'Industria; on. Mario Ascione, rappresentante dei Sindacati fascisti dell'Agricoltura; dott. Luigi Parodi, rappresentante il Sindacato medico provinciale; avv. prof. cav. Domenico Medugno, rappresentante la Federazione Mutue combattenti; sig. cav. Gaetano Antonietti, presidente Mutua sanitaria monzese; sig. avv. Luigi Barbieri, presidente Mutua sanitaria di Pozzo d'Adda; ing. conte Pietro Caccia, presidente Mutua sanitaria di Nerviano.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALBAIRATE (*Milano*). — A tutto il 31 mag.; lire 11.200 e 5 quadrienni dec., oltre L. 400 bicicl., L. 700 se uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

ALESSANDRIA D'EGITTO. — Medico del Servizio quarantenario; età 25-40 anni; scad. 31 maggio. Chiedere condizioni alla Direzione generale della Sanità Pubblica, Roma.

AVEZZANO. *Ospedale Civile dei SS. Filippo e Nicola*. — Chirurgo primario e assistente medico-chir.; rispettivam. L. 6000, oltre compensi dai paganti in proprio, e L. 5000; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° maggio; scad. 10 giu. Per altre condizioni chiedere annunzio.

BARBINETO (*Savona*). — Scad. 31 mag.; L. 8400 e 10 bienni ventes., oltre c.-v., L. 300 trasp., L. 500 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

BIELLA. *Ospedale degli Infermi.* — Assistente Sez. medica; titoli ed eventualm. esami; scad. 30 mag.; età mass. 30 a.; servizio 1° lug.; per informazioni rivolgersi alla Direzione.

BORGOSATOLLO. — (*Brescia*). — Scad. 31 mag.; L. 11.000 e c. v.; per Montironi.

CARRODANO (*La Spezia*). — Scad. 15 lug.; L. 8200 oltre 10 bienni ventes., L. 500 uff. san., età lim. 25-40 a.

CASTIGLIONE DI SICILIA (*Catania*). — Scad. 15 giugno; 1° reparto; L. 8.000 per 500 pov.; addizionale L. 3; quattro quinquenni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CATANIA. *Amministraz. Provinc.* — Coadiutore e assistente nella Sez. med.-micrograf. del Laboratorio Provinc. d'Igiene e Profilassi; rispettivam. L. 13.700 e L. 11.600, oltre indenn. serv. att. in L. 1000 e L. 800; c.-v.; scad. 31 lug.; età lim. 35 a.; titoli ed esami. Chiedere annunzio alla Segreteria.

CERRO TANARO (*Alessandria*). — Scad. 31 mag.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 1000 trasp., L. 500 uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

CETONA (*Siena*). — A tutto 15 giu., due condotte; L. 8500, oltre c.-v., L. 3500 trasp., 6 quadrienni dec., L. 500 all'uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

GROPPELLO CAIROLI (*Pavia*). — Scad. 30 giu.; L. 14.000 aumentabili e c.-v.

GUARDIA LOMBARDI (*Avellino*). — Scad. 30 mag.; L. 6484 e 5 quadrienni dec., età lim. 40 a.

ISERNIA. — Due condotte, per Longano e S. Agapito; scad. 15 ag.

MOGORELLA RUINAS (*Cagliari*). — Scad. 30 mag.; L. 10.500, oltre L. 500 serv. sanit., L. 2000 cavalc.

PALAZZAGO (*Bergamo*). — Condotta medica. Scadenza 31 maggio. (V. N. 18).

PIACENZA. *R. Prefettura.* — Scad. 10 lug.; uff. san. del capoluogo; L. 20.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 indenn. carica; 5 quadrienni dec. con computo servizi di guerra, di uff. san. e della libera docenza (limitatam. a giudizio della Commissione esaminatr.); divieto libero eserc. e limitaz. assunz. altri incarichi.

PIEVE EMANUELE (*Milano*). — Scad. 20 lug.; con Opera; L. 12.200 oltre L. 1500 trasp.

PISA. *R. Prefettura.* — Scad. 10 agosto; concorso per titoli ed esami; posto Uff. Sanit. Comuni di S. Miniato e di Volterra. Stip. L. 6000 lorde di R. M. e C. P., aumentabili di un dec. per quadr. e non più di 5 quadr. per comune di S. Miniato. Stip. L. 9000 lorde di R. M. e C. P., aumentabili di un dec. per quadr. e non più di 5 quadr. per comune di Volterra. Presentazioni domande entro 15 giugno, ore 12, alla Prefettura (Uff. Sanitario). Assunzione servizio entro 30 giorni comunicazione nomina. Per chiarimenti rivolgersi Prefettura di Pisa.

PRAGELATO (*Torino*). — Scad. 10 lug.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san.; L. 500 trasp.; L. 500 indennità alloggio.

PREDOSA (*Alessandria*). — Scad. 31 mag.; lire 7000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1800 trasp., L. 500 uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,25.

SALUZZO. *R. Ospedale Civile.* — Assistente di medicina e assistente di chirurgia; scad. 15 giu.; stip. L. 2000 annue e partecipaz.; all'assistente di medicina assegno annuo di L. 1500 pel servizio radiologico; vitto e alloggio. Tassa L. 50. Per l'assistente medico sono titoli di preferenza la pratica di laboratorio e radiologica. Per l'assistente chirurgo richiedesi biennio di pratica chirurgica presso Cliniche universitarie od Ospedali. Serv. entro 15 giorni dalla notifica.

SENOSECCHIA (*Trieste*). — A tutto 31 ag.; con Crenovizza; L. 11.000 e 4 quinquenni, oltre c.-v., L. 3000 trasp., L. 1000 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,25; due anni in reparti di medic. e chirur. di un ospedale del Regno di riconosciuta importanza, oppure in condotta.

TRIESTE. *Cassa Circondariale di Malattia.* — Medico per le visite preventive e periodiche prescritte per gli operai occupati nella lavoraz. di materie tossiche dal decr. minist. 20 marzo 1929-VIII. Pratica ospedaliera triennale ovvero, per ogni anno di mancata pratica ospedaliera, due anni di pratica privata. Per informaz. rivolgersi alla Direzione.

VENEZIA (*Comune*). — Assistente del Laboratorio micrografico; coadiutore e assistente del Labor. chimico. Scad. 16 luglio. Rivolgersi alla Segreteria generale (Ufficio personale).

VERONA. *Ospedale Civile.* — Scad. 30 giu.; primario specialista in dermosifilopatia. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consiglio Ospedaliero.

VESTIGNE (*Aosta*). — Scad. 13 giugno; L. 8.000 oltre L. 500 uff. san. e L. 500 trasp.

VICENZA. *Ospedale Civile.* — Anatomo-patologo; L. 6000 e percentuale. Gli sarà affidata anche la direzione sanitaria; L. 15.000 oltre L. 3000 serv. att. e L. 9000 indenn. alloggio. Sei trienni ventesimo. Biennio di prova. Scad. ore 18 del 31 mag. Età lim. 45 a. Doc. a 3 mesi del 16 apr. Tassa L. 50,10. Per le altre condizioni chied. annunzio.

VOBARNO (*Brescia*). — Scad. 15 giu.; L. 10.000, oltre L. 3500 trasp.; chied. annunzio.

ZOLDO ALTO (*Belluno*). — Scad. 15 giu.; L. 9000 oltre c.-v. e L. 1000-2000-3500 trasp., L. 500 uff. san.; alloggio dietro corrispettivo di L. 500 annue. Per informaz. rivolgersi Segret. comunale.

ZONE (*Brescia*). — Scad. 25 mag.; L. 10.000, c.-v., oltre L. 500 uff. san.; tassa L. 50,15.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Carlo Gamna è nominato direttore generale sanitario delle Terme di Porretta. Esprimiamo il nostro cordiale compiacimento per questa nomina, la quale assicura uno dei più valorosi nostri clinici alle reputate Terme.

Sono stati nominati membri del Comitato Nazionale per la biologia nel Consiglio nazionale delle ricerche, i proff. Andrea Giardino, Cosimo Pieri, Demetrio Bruto Roncali.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Barcellona.

VI Conferenza internazionale di psicotecnica.

Si è tenuta qui, negli ultimi giorni di aprile, la VI Conferenza internazionale di psicotecnica. Abbastanza numerosi gli intervenuti, circa una settantina, molti dei quali erano gli esponenti più significativi di questa giovane scienza che ha già accumulato una ricca letteratura e per la quale si possono prevedere più ampî sviluppi e più larghe applicazioni. Cito, fra i presenti, Claparède, noto a tutti gli studiosi specialmente di psicologia dell'educazione, J. M. Lahy di Parigi, con la sua assistente Dr. Weinberg, la F. Baumgarten, autrice di un grosso trattato di psicotecnica, W. Moede, direttore della Industrielle Psychotechnik, H. Rupp, direttore della Psychotechnische Zeitschrift. Degli italiani, parecchi inscritti, il Ferrari che era anche correlatore, il Gemelli, il Colucci, M. Ponzo, ma nessuno vi intervenne, salvo chi scrive.

Vi erano rappresentate dodici Nazioni e cioè, oltre la Spagna e l'Italia, l'Austria, il Belgio, la Cecoslovacchia, la Francia, la Germania, l'Olanda, la Polonia, la Rumenia, la Svizzera e la Russia, con due inviati, i proff. Spielrein e Syrkin, che, nelle varie discussioni, ebbero campo di far conoscere il loro valore. Fra gli spagnuoli, oltre il Dr. Mira, organizzatore del Congresso, il comandante Aymat, della Scuola di Aviazione spagnuola, G. R. Lafora ed altri.

Dei temi di relazione, il primo riguardava la: *Critica dei « test » per l'esame della fatica industriale*, su cui hanno riferito Wyatt e Dhers. Il primo ha mostrato la grande complessità del problema, soprattutto per il fatto che non tutte le diminuzioni di rendimento lavorativo che si adottano per determinare lo stato di fatica, sono dovute a questa. Altri momenti, come lo stato di noia, i deboli incentivi, vi agiscono, sicchè le variazioni del rendimento sono il risultato di diversi fattori (positivi e negativi) e quello dato dalla fatica, sebbene importante, non è necessariamente l'unico o l'essenziale. L'effetto totale delle influenze contrarie è mostrato dalla differenza fra il massimo di capacità ed il rendimento medio e questa misura può costituire uno dei principali requisiti di un *test* per la fatica.

Completamente scettico sul valore dei *test* attuali per la fatica si è mostrato Dhers, del Bureau international du travail, il quale ha fatto un lungo e circostanziato rapporto, che speriamo di vedere quanto prima pubblicato. Allo stato attuale delle cose, le nostre conoscenze sulla fatica non ci permettono di misurarla e tutti i *test* adottati possono costituire, tutt'al più, una deduzione indiretta anzichè una dimostrazione obbiettiva della fatica. Il problema della fatica è troppo complesso per essere ridotto ad una unità di misura, il che non vuol dire che non si debbano continuare i nostri studii in proposito per ottenere una più precisa conoscenza. È da un'associazione delle ricerche psicofisiologiche e dei metodi industriali che si potrà ottenere un risultato pratico.

Puramente teorico, di un significato generale, che oltrepassa i confini della psicotecnica è stato il secondo tema: *Sul numero delle prove necessarie per stabilire il valore di un « test » psicotecnico*, su cui hanno riferito M. Fuentez Martianez, A. Fessar e H. Pieron.

Molto interessante si è presentato il terzo tema: *Sui metodi psicotecnici per lo studio della personalità*, trattato da F. Baumgarten, J. P. Porter e G. Lafora. La prima ha, fra l'altro, dato un utile schema sulle osservazioni del contegno dell'individuo durante l'esame e sulle diverse interpetrazioni, talora contraddittorie, che si possono dare alle diverse estrinsecazioni dell'individuo stesso. G. Lafora ha osservato che la psicotecnica della personalità è il complemento indispensabile della psicotecnica dell'intelligenza, accenna alla utilità della psicotecnica delle professioni superiori e mette in rilievo che i metodi di osservazione psicotecnica debbono considerare il nucleo primario della personalità (ricerche morfologiche ed umorali) e la superstruttura secondaria (esperienze psicologiche e *test* diversi).

Eccellente è stata l'organizzazione del Congresso, sotto l'infaticabile attività del Dr. E. Mira, coadiuvato dai dottori Soler Dopff e Germain. Sontuosi ricevimenti e belle gite furono offerte ai congressisti a cui venne fornito alloggio e vitto, a prezzi assai modici, nella « Casa dello studente », ottima istituzione che offre agli studenti, con la spesa di 10 pesetas al giorno (1 peseta = L. 2,40 circa), l'alloggio in belle camere spaziose, un vitto sano ed abbondante ed ogni *comfort* (bagno, sale di riunione, ecc.) in un ambiente di semplice signorilità.

Il prossimo Congresso si terrà nell'anno venturo a Mosca. *fil.*

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso italiano di anatomia.

Il 2° Convegno della Società Italiana di Anatomia avrà luogo a Firenze dal 2 al 4 ottobre e ne sarà presidente il prof. Chiarugi.

Verranno svolte le seguenti relazioni: prof. T. Terni: « La moderna morfologia del sistema nervoso autonomo »; dott. G. Simonelli: « Dati morfologici come guida di ricerche fisiologiche sul cervelletto ».

La Società è stata invitata a prendere parte al 3° Congresso federativo di Anatomia di Amsterdam (4-9 agosto), del quale abbiamo già dato notizia (v. pag. 720). I soci che intendono prendere parte a detta riunione internazionale sono pregati di far pervenire subito alla Segreteria l'adesione ed i titoli delle comunicazioni: riceveranno il programma, l'elenco degli alberghi consigliati con il prezzo relativo e tutti quegli schiarimenti che saranno richiesti.

Rivolgersi al prof. E. Luna, segretario della Società Italiana di Anatomia, direttore del R. Istituto Anatomico, Palermo.

13° Congresso internazionale di idrologia, climatologia e geologia medica.

La data di questo Congresso che si svolgerà a Lisbona, è stata definitivamente fissata fra il 15 e il 22 ottobre. Nei primi tre giorni si effettueranno le sedute scientifiche e dal 18 al 22 ottobre avranno luogo le visite presso alcune delle principali stazioni balneari e climatiche del Portogallo. Fra queste ricordiamo Sintra, Esteril, Coimbra, Batalha, Curia, Luso, Bussaco, Porto, Entre os

Rios, Vidago, Regoa, Gerez, Caldelas, Acores e Madeira.

Il Congresso sarà diviso in tre Sezioni: 1) Idrologica; 2) Climatologica; 3) Geologica.

Le relazioni dovranno essere consegnate entro il 1° luglio, i titoli delle comunicazioni entro il 1° ottobre.

Lingue ufficiali del Congresso saranno tutte quelle neolatine, l'inglese ed il tedesco.

I membri titolari del Congresso verseranno per l'iscrizione fr. francesi 60, i membri associati o aderenti fr. 30. L'iscrizione dovrà avvenire entro il 20 settembre a mezzo di speciale bollettino che dovrà essere richiesto al Segretario generale del Congresso.

Notevoli riduzioni di viaggio e di soggiorno sono in studio presso la Presidenza.

I temi delle relazioni sono i seguenti:

Idrologia: le variazioni ematiche durante la cura idrominerale; gli stati spasmodici della muscolatura liscia; i sifilitici alle acque minerali.

Climatologia: la climatologia e la medicina; i perturbamenti atmosferici hanno un'influenza sugli incidenti eventuali insorti durante il decorso della tubercolosi polmonare.

Geologia: relazione fra la struttura geologica del Portogallo e la sua ricchezza in sorgenti termo-minerali.

Il tema che sarà svolto durante il convegno della « International Society of Medical Hydrology » di Londra è il seguente: « Le cure balneari nelle malattie gastro-intestinali ».

Sono stati officiati dalla Presidenza del Congresso a formare il Comitato italiano di propaganda del Congresso, il sen. prof. G. B. Queirolo ed il dott. prof. A. Vinay.

Per informazioni scrivere al Segretario generale prof. Raposo de Magalhaes, Rua de Buenos Ayres 3, Lisbona; od al prof. A. Vinay, Via Boccaccio 32, Milano.

25° Congresso francese di medicina legale.

Il Congresso di medicina legale di lingua francese avrà luogo quest'anno dal 26 al 28 maggio; sotto la presidenza del dott. Dervieux. Temi: « Morte improvvisa » (relatori Héger-Gilbert, Laignel-Lavastine e de Laet); « Osteomielite traumatica » (relat. Leroy e Müller); « Criminalità mistica nelle società moderne » (relat. costedoat). Per informazioni rivolgersi al dott. Vernis, Quai de l'Horloge 29, Paris (IVe).

Il 28 maggio si adunerà anche il Sindacato dei Medici legali francesi.

4° Congresso francese di fisiologia.

La riunione annuale dell'« Association des Physiologistes de Langue Française » si è tenuta ad Algeri dall'8 al 13 aprile, sotto la presidenza del prof. Perez. Finiti i lavori scientifici, ebbero luogo varie escursioni, che dimostrarono le possibilità turistiche dell'Algeria. Il basciagà Abedel-Kerim dette un ricevimento sotto la tenda, a Bons Saada; il caid Nardin organizzò una fantasia nell'oasi di Bonsaada; una parte dei congressisti ha visitato anche Biskra e Taoggourt.

L'Accademia Sindacale Medica Lombarda.

Nell'adunata recente dei Sindacati Medici Lombardi l'on. Fioretti, gerarca nazionale della categoria, propose, accompagnandola con una lucida e chiara argomentazione, l'istituzione di un'*Accademia Sindacale Medica Lombarda*.

L'on. Fioretti, nel definire la sua proposta, tracciò le finalità, delineò i compiti che il sodalizio dovrebbe affrontare.

Il sen. Baldo Rossi, rettore dell'Ateneo milanese, fece subito sua la proposta, accollandosi il non facile compito di concretarne le basi, ed in nome degli associati milanesi, diede per costituita — nella sua struttura ideale — l'Accademia.

L'Accademia Sindacale Medica Lombarda non interverrà, come un'intrusa, nè recherà seco pretese di rivalsa o quanto meno si impancherà a dettar legge, ponendo all'uscio vecchie e pur gloriose istituzioni culturali di cui la Lombardia, e particolarmente Milano, vanno orgogliose. Sono questi errori di visuale e di strategia che contrastano con gli scopi di un sodalizio di carattere eminentemente scientifico. Sarebbe, dunque intempestivo non solo, ma anche giustificabile, ogni allarme in proposito.

L'Accademia Sindacale Medica Lombarda, che dovrebbe essere la prima della serie di accademie regionali, non ambisce di sostituirsi a tutto ciò che rappresenta il *Sancta Sanctorum* delle locali Università le quali hanno un loro fuoco sacro da tener gelosamente custodito, nè saranno influenzate da interferenze di sorta; anzi verranno autorevolmente chiamate in causa per un loro tributo delucidatorio.

La nuova istituzione potrebbe, eventualmente, sostituirsi ai vecchi sodalizi, per eliminare doppioni, per assottigliare attrezzature ingombranti e per delimitare programmi; escludendo, così, dal campo del sapere, finalità non sempre rigorosamente scientifiche. E se nella sua orbita debbono di necessità entrare tutte le iniziative a carattere culturale medico, non è detto — con questo — che ne debbano uscire, sminuite, istituzioni culturali e scientifiche organicamente sane ed efficaci.

In ogni tornata si avrà il riassunto del notiziario scientifico recente e la trattazione, a mezzo di appositi ed autorevoli relatori, dei temi che più da vicino possono interessare le singole categorie dei partecipanti. Dovranno poscia trovare ampia illustrazione le leggi del Regime nei riflessi della politica sanitaria, in quanto nessun governo mai, come l'attuale, ebbe l'accortezza di scegliere la base, veramente granitica, per il consolidamento di un popolo: e, cioè, la salvaguardia della integrità fisica

Il sindacalismo, nelle sfere intellettuali, trova argomento e motivo per elevarsi a un più alto livello, necessario per la graduazione dei valori delle singole collettività, ai quali è affidato un posto di comando e di responsabilità.

Per il patrimonio idro-climatico italiano.

La Federazione Nazionale Fascista Industria Termale Idro-Climatica ha tenuto nella sede della Confederazione della Industria un importante Convegno. Erano presenti i rappresentanti di quasi tutti gli stabilimenti di cura d'Italia. Presenziavano il Convegno il dott. Sica per la Sanità Pubblica, il dott. Quercia per il Ministero delle Finanze, il dott. Cordella e il comm. Piazzoni per il Ministero delle Corporazioni.

Salutato da applausi il presidente gr. uff. Rebucci illustra minutamente l'opera esplicata dalla

Federazione; illustra il conseguito sviluppo in quest'ultimo decennio delle utilizzazioni industriali coi superbi impianti nelle più celebrate Stazioni termali e rivendica all'industria termale le benemerenze pratiche e reali che dovranno imporsi all'attenzione benevola dei governanti. Infine esamina ed analizza le questioni da trattarsi che possono considerarsi come essenza spirituale di un meraviglioso movimento nazionale di gente che lavora per la grandezza della Patria.

Si prende in esame il tema: « Applicazione dell'imposta di consumo sulle acque minerali naturali ».

Alla discussione partecipano vari oratori, tutti rilevando il grave danno recato al commercio delle acque minerali, di cui si vede diminuita l'esportazione.

Si esaminano, quindi, e si discutono altri argomenti, per i quali vengono proposti i voti al Governo Nazionale.

Il comm. Ermete Saccani svolge un'elaborata relazione per facilitare il finanziamento necessario allo sviluppo delle Stazioni di cura, dimostrandone la importante funzione nel turismo nazionale ed estero.

Si approva poi il bilancio federale esposto dall'avv. Violati ed alcune modificazioni allo statuto illustrate dal segretario generale avv. Vizzoca.

Dopo la rinnovazione delle cariche il prof. Dettori della Conf. Gen. Fascista dell'Industria Italiana e membro del Consiglio Nazionale delle Corporazioni pronunzia un elevato discorso, compiacendosi col presidente Rebucci per la sua esemplare attività e sicura esperienza.

Per il Congresso stomatologico di Venezia.

Il Consiglio direttivo della Confederazione Stomatologica delle Federazioni dei paesi di Europa e di America si è riunito a Budapest. Agli importanti lavori ha partecipato per l'Italia l'on. prof. Amedeo Perna. È stata prescelta Venezia come sede dell'Assemblea generale che avrà luogo il prossimo settembre.

Corso di cultura medico-chirurgica a Cremona.

Questo corso, indetto per iniziativa della Sezione Cremonese dell'Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti, mercè l'autorevole appoggio dell'on. Amministrazione degli Ospedali Riuniti, si propone di intrattenere i medici condotti con lezioni e dimostrazioni cliniche sugli argomenti di maggiore attualità ed importanza pratica nel campo medico-chirurgico, e di illustrare i problemi e le necessità della lotta contro alcune fra le più gravi malattie sociali quali il cancro, la malaria e le malattie veneree.

Le lezioni si terranno ogni mercoledì e sabato, alle ore 15, nella sala delle conferenze degli Ospedali Riuniti, durante il bimestre maggio-giugno.

A coloro che avranno regolarmente seguito il corso verrà rilasciato un certificato di frequenza.

Il corso è gratuito ed è libero a tutti i medici.

È diretto dal prof. G. Stradiotti, direttore degli Ospedali Riuniti di Cremona, con la collaborazione dei proff. A. Ferrata (direttore della Clinica Medica della R. Univ. di Pavia), A. Zironi (dell'Istituto Sieroterapico Milanese), dei primari C. Dallarosa, M. Fiorini, R. Grignani, C. Mazzolari, I. Stradivari e degli aiuti R. Dobelli e G. Donini.

Le inscrizioni si ricevono presso la sede dell'Associazione Fascista Medici Condotti, Corso Vittorio Emanuele n. 20 (Palazzo della Rivoluzione - Piano 2°).

Corso per medici sportivi a Lecce.

Un Corso per medici sportivi fu inaugurato a Lecce nel Teatro Paisiello con una cerimonia alla quale intervennero numerose autorità civili e militari, con a capo l'on. Starace e S. E. il Prefetto. Il discorso inaugurale fu pronunziato dal prof. Podestà, che ha spiegato chiaramente gli scopi della istituzione dei medici sportivi, rilevandone l'importanza in relazione agli sviluppi dello sport nazionale, il quale da oggi in poi potrà fare assegnamento su di una massa di atleti selezionati e fisicamente preparati a conseguire nuove vittorie su tutti i campi.

All'Ospedale del Littorio.

La Regina, accompagnata dalla contessa Guicciardini e dal conte Solaro del Borgo, si è recata a visitare l'Ospedale del Littorio di Roma.

L'Augusta Sovrana ebbe parole di vivissimo compiacimento, dopo essersi intrattenuta lungamente al letto di molti infermi.

Erano a ricevere la Regina il Presidente dell'Amministrazione ospedaliera gr. uff. Adolfo Cotta col segretario generale gr. uff. nob. Alfredo Corelli; il direttore dell'Ospedale prof. Tito Ferretti; il primario prof. S. Muzii e molti sanitari.

Beneficenza.

La Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde ha distribuito la relazione sulla beneficenza svolta nel 1929, dalla quale si rileva che le elargizioni ordinarie di beneficenza ammontano a L. 11.887.000 e che a tale importo devono aggiungersi L. 33.943.450 erogate in via straordinaria agli ospedali dell'antico Ducato di Milano.

Sono quindi in totale L. 45.830.451, somma che illustra eloquentemente l'opera spiegata dalla Cassa di Risparmio pel pubblico bene, per alleviare sventure, per sovvenire iniziative intese a scopi filantropici, a compiti sociali, ad opere di cultura.

Per l'assistenza all'infanzia sono state erogate L. 3.740.000 ad orfanotrofi, enti di ricovero e di educazione, istituti pei minorenni abbandonati, sordomuti e deficienti, case di cura climatica, balnearia ed elioterapica, patronati scolastici ed alla nuova e geniale istituzione dei Balilla. L'assistenza ai vecchi, ai poveri è stata pure amorevolmente curata.

Per l'assistenza ospedaliera, oltre al sussidio straordinario di 33 milioni di lire agli ospedali dell'ex Ducato di Milano, la Cassa ha aiutato alcune istituzioni per la lotta antitubercolare con sussidi pel miglioramento dei Sanatori o dei Preventori infantili o per impianto di Ambulatori, istituti sanitari ed igienici ed enti di specializzazione chirurgica.

Aiuto ai cardiaci.

L'« Aide aux cardiaques » (Fondazione Dike) ha tenuto la seconda assemblea generale all'Hôpital de la Pitié di Parigi, sotto la presidenza del mi-

nistro della salute pubblica e dell'igiene on. Desiré Ferry. Parlarono il clinico Vaquez, il direttore dell'assistenza pubblica dott. Mourier, il ministro, il direttore della Pitié dott. Bauchet, la signorina de Joannis, segretario generale. Tutti gli oratori espressero il *desideratum* che il Centro di cardiologia della Pitié, sede dell'« Aide aux cardiaques » sia conservato come funziona attualmente, per il bene dei malati, il prestigio dell'assistenza pubblica e della città di Parigi.

Provvedimenti contro la psittacosi in Inghilterra.

In seguito al numero considerevole dei casi di psittacosi verificatisi in Inghilterra e nel Galles durante gli ultimi mesi, quel Ministero della salute pubblica annunzia che a partire dal 20 corrente è proibita l'importazione nel Regno Unito dei pappagalli e di altri uccelli della stessa famiglia.

Studenti americani in Europa.

L'« Institute of International Education » di New York informa che le domande d'iscrizione, da parte di studenti americani, alle Scuole mediche inglesi, si sono moltiplicate in questi ultimi tempi, al punto di creare imbarazzi.

Si dice che l'Università di Edimburgo sia stata costretta a stabilire una « quota americana », poiche erano pervenute oltre 50 domande d'iscrizione, insieme alle tasse corrisposte in anticipo. Le ammissioni hanno luogo solo al primo anno di corso, senza esenzioni.

L'Università di Parigi è restia ad accettare studenti americani che non siano provvisti del diploma di studi secondari: i corsi sono già troppo affollati per giustificare speciali esenzioni e, perciò, le richieste relative attendono dei mesi per una decisione.

L'attitudine delle autorità scolastiche in Germania ed in Austria è amichevole verso gli studenti americani; ma le condizioni d'ammissione non sono dissimili da quelle fatte in Francia.

Lega medica contro la dicotomia.

La « Lega medica contro la dicotomia », fondata nel 1929 in Francia, intende aggruppare i medici, i chirurgi e gli specialisti, allo scopo di rispettare e far rispettare la propria situazione morale e più specialmente lottare contro la dicotomia, sotto tutte le sue forme.

I membri della Lega s'impegnano, sul proprio onore, a non presentare mai parcelle in comune; a non distrarre alcuna quota delle competenze, sotto titolo di partecipazione o di rimunerazione, verso chicchessia; a non accettare alcuna rimunerazione da persone o istituzioni, come laboratori, farmacie, fabbricanti d'apparecchi ortopedici, elettroterapici o radiologici, stabilimenti termali o balneari, alberghi, case di salute, ecc.

I medici che desiderano aderire alla Lega possono scrivere al dott. Pierre Mauriac, rue Vauban 12, Bordeaux.

CORRIGENDA. — Nel fasc. scorso, p. 720, 5° capov., l. 4ª, leggere: Eziologia e patogenesi dell'eczema.

DOMENICO LO MONACO

Il prof. Domenico Lo Monaco, direttore dell'Istituto di Chimica fisiologica della R. Università di Roma, socio corrispondente della R. Accademia dei Lincei, è morto nella pienezza della Sua attività, il 19 aprile.

Era nato in Bagheria (Palermo) il 13 luglio 1863. A Palermo, presso quella Università, aveva compiuto gli studi di medicina, ed era stato interno negli Istituti di Chimica e di Farmacologia. Poco dopo la laurea era stato nominato assistente di farmacologia prima e di fisiologia poi, presso la R. Università di Firenze. Chiamato il Suo Maestro, prof. Luciani, a dirigere l'Istituto di Fisiologia della R. Università di Roma, Egli lo seguiva nella nuova sede, in qualità di aiuto.

Nel 1903, in seguito a regolare concorso, veniva nominato professore di Chimica fisiologica presso la R. Università di Roma, e a questo posto lo ha raggiunto la morte.

Egli lascia una vasta produzione scientifica, ottanta pubblicazioni circa, che vertono sui più svariati argomenti di biologia e di medicina.

Alcuni di questi lavori riguardano la tossicologia e la farmacologia del ferro, del fosforo, della santonina, della chinina, della stricnina, dei diuretici, ecc. Altri, la biologia e la terapia della malaria, la biologia del « Bombix mori », il ricambio materiale, gli alogeni, i gas asfissianti, gli idrati di carbonio, ecc.

Nelle ricerche sul sistema nervoso e sulle glandole a secrezione interna, Egli lascia delle esperienze fondamentali. I lavori sul cervello trattano della fisiologia del corpo calloso e dei gangli della base, dei talami ottici, della superficie interna del cervello, della bandeletta ottica, del nucleo caudato, dei tubercoli quadrigemini, dei lobi occipitali, ecc. Quelli sulle glandole endocrine riguardano la tiroide, il timo, l'ipofisi.

Domenico Lo Monaco non fu solamente uno sperimentatore, fu anche un Maestro. Medici, biologi, chimici, accorsero alla Sua scuola. Dal Suo Istituto uscirono numerosissime pubblicazioni scientifiche.

Le Sue qualità, oltre quelle di scienziato, ne fanno rimpiangere la perdita; lo rendono onorato nella nostra memoria.

Prof. ATTILIO BUSACCA.

Si è spento in Roma, il prof. ODOARDO MANARA. Laureatosi in Roma, assistente in questa Clinica chirurgica, e poi aiuto negli Ospedali, venne nominato nel 1893 chirurgo primario dell'Ospedale dell'Annunziata in Sulmona. Egli seppe acquistarsi immediatamente larga e meritata fama in tutta la regione, alla quale diede il primo vero impulso chirurgico.

Lasciato alla fine del 1914 spontaneamente il suo alto ufficio, continuò il libero esercizio fino a pochi mesi fa. Tempra infaticabile di lavoratore, fu ricercatissimo fra i consulenti di Abruzzo.

Sentì profondamente gli affetti famigliari che ardentemente gli erano ricambiati dalle sorelle, dai fratelli e dai nipoti, ai quali inviamo le nostre condoglianze. SILVIO PORTA.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Pediatria, 15 gen. — L. AURICCHIO. Immunità del neonato e dal lattante.

Revue de Méd., 1. — BARRÉ e al. Paraplegia organica da spasmo vascolare riflesso; trattam. med.; guarig. — P. SÉE. Meteoropatologia.

Giorn. It. di Dermat. e Sifil., dic. — A. DEVOTO. Glicemia in alcune dermatosi. — L. CATTANEO. Indagine radiologica nelle artriti gonococciche. — M. COMEL. Circolaz. capillare cutanea.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., gen. — J. NOTKIN. Manifestazioni epilettiche nell'encefalite epidemica cron. — R. L. PITFIELD. Aritmia cardiaca da tumore cerebrale.

Wien. Arch. f. inn. Med., 15 gen. — P. MAHLER. Chimica del succo gastr. umano. — U. STRASSER. Picnometria del siero a servizio della clinica. — E. ZELLNER. Reumat. articol. familiare. — DRESSLER. Sulle extrasistoli ventricolari.

Zbl. f. Chir., 25 gen. — F. BERNHARD. La bile bianca. — S. FREY, B. MARTIN La morte da embolia polmon.

Cult. Med. Mod., 31 dic. — C. LEONE. Collassoterapia nell'echinococco polmon.

Wien. Klin. Woch., 23 gen. — KNÖPFELMACHER, REISCH. Encefalite post-vaccinica.

Brit. Med. Journ., 25 gen. — H. L. TIDY. Colite catarrale e ulcerativa.

Mediz. Welt, 25 gen. — A. ROSENBERG. Modificazioni mestruali del seno. — KATHE. Infezioni da B. abortus.

Riforma Med., 13 gen. — F. GALDI. Roentgenterapia nelle complicanze gonococciche.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 19 gen. — A. RABINO. Broncolitiasi.

Morgagni, 5 gen. — G. BOERI. Asma bronchiale.

Revue Sud.-Amér. de Méd. et de Chir., gen. — J. MENDOZA. Il trepiede psichico. — A. DIAS. Monocitosi acuta. — P. SANTOS. Anoscopio e cannula pel trattam. sclerosante delle emorroidi.

Bull. Méd., 25 gen. — Numero sul dolore.

Presse Méd., 25 gen. — W. PIRES. Puntura sotto-occipit.

Lancet, 25 gen. — A. ABRAHMS. La macchina umana.

Ann. di Med. Nav. e Col., nov.-dic. — CICINNATI. Coltura in vitro del virus vaccinico. — MICHELETTI. Nuova specie di anchilostoma.

Münch. Med Woch., 24 gen. — SEITZ. Secrezioni interne e malattie sessuali femminili. — ELKELES e al. La malattia da pappagalli.

Mediz. Klinik, 24 gen. — P. ROSENSTEIN. Avvenire dei prostatici.

Proc. R. Soc. Med., gen. — Discussioni sui temi: Lesioni minori del gomito; chirurgia del midollo spin. — Copiosa casistica.

Scalpel, 25 gen. — L. WEEKERS. Occhi dolorosi.

Quaderni di Psich., nov.-dic. — A. PUCA. Sindrome catatonica ed encefalite epid. cron.

Paris Méd., 25 gen. — E. CHABROL. Le sindromi dispeptiche. — C. FINCK. Tensione arteriosa e insulina.

Journal A. M. A., 11 gen. — F. W. SCHULTZ. Anoressia cron. nell'infanzia. — M. LANGWORTHY. Lussazioni delle vertebre cervic.

Minerva Med., 27 gen. — M. BELLI. Simpatectomia nella tbc. polm.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 20 gen. — BÉGONIN. Diagn. di rottura di gravid. extra-uterina.

Rif. Med., 20 gen. — T. TAMBURRI. Poliendocrinosimpatosi.

Edinb. Med. Journ., feb. — H. P. WIEMER. Separaz. dell'ormone placentare. — R. G. GORDON. La psicologia in medicina.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 26 Maggio 1930 Num. 21

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale di Santo Spirito in Roma - Sala Bacci.
Primario: prof. NAZARI.

Su di un caso di nefrosi cronica complicata da amiloidosi del rene, milza e fegato e sull'importanza diagnostica delle oscillazioni quantitative dell'albuminuria.

per il dott. GIOVANNI BORROMEO, aiuto.

Nei primi mesi del 1929 ebbi occasione di seguire, per un periodo di tempo abbastanza lungo, un certo numero di malati affetti da lesioni renali. Fra questi, uno sembrami offrire un certo interesse, sì che meriti di essere riferito, e per l'opportunità avuta di seguire a lungo (per un periodo di circa due anni) l'andamento clinico e di praticare ripetutamente i vari esami della funzione renale, e per il fatto che allo studio clinico seguì il controllo anatomico ed istologico, e sopratutto perchè il decorso di alcuni sintomi, in special modo quello dell'albuminuria, ha presentato delle particolarità che sembrano degne di essere messe in rilievo.

Il caso in questione è il seguente:

Pal. Alessio, di anni 47, entra in corsia il 15 febbraio 1929.

Il padre è morto di malattia imprecisabile, la madre di polmonite in età avanzata. Il paziente è ammogliato e ha tre figli in buona salute.

Ha avuto per ben cinque volte la polmonite: e precisamente nel 1897, nel 1901, nel 1918, nel 1921 e nel 1924.

Nel 1903 contrasse infezione malarica. Le febbri si ripetettero per circa 18 mesi. Da allora in poi non sembra abbia sofferto altre volte di febbri malariche.

L'inizio della malattia attuale risale a circa due anni or sono.

Il paziente nei primi di luglio del 1927 fu colpito da febbre che durò continua per circa 10 giorni e, dopo qualche giorno dall'inizio della febbre, notò edemi degli arti inferiori e dello scroto. Cessata la febbre, gli edemi persistettero, anzi andarono aumentando, insorse affanno e il malato si decise a chiedere il ricovero in Ospedale. Entrò il 18 luglio 1927 in sala Baglivi a Santo Spirito.

La permanenza in questa corsia fu di soli 15 giorni, durante i quali l'albuminuria oscillò fra l'1 e il 3,75 per mille, la quantità delle urine da

un minimo di 1200 a un massimo di 2000 cmc. Obbiettivamente (secondo quanto rilevasi dalla scheda) pallore cutaneo, edemi diffusi agli arti inferiori, non ingrandimento del cuore. Notevole tumore di milza. Inoltre una riduzione di suono e un affievolimento del murmure alla base sinistra, cui per altro non corrispondeva alcun reperto speciale all'esame radiologico.

Uscì dall'Ospedale che aveva il 3 per mille di albumina.

Fino al gennaio dell'anno successivo il paziente seguitò ad accudire alle sue occupazioni senza risentire particolari disturbi, ma il 16 gennaio 1928 è costretto di nuovo a ricoverare in Ospedale, questa volta al decimo padiglione del Policlinico, sempre per gli edemi e per l'affanno.

In questo reparto rimase per parecchi mesi cioè fino al 18 maggio 1928.

Il reperto obbiettivo in questa seconda degenza ospitaliera fu identico al precedente. Pallore; edemi degli arti inferiori, tumore di milza, non ipertrofia di cuore. Il solito reperto alla base sinistra con reperto radiologico negativo.

In questo padiglione furono eseguite numerose ricerche sulla funzione renale, che sono esposte nelle tabelle relative, e che concordano in tutto con quelle eseguite un anno più tardi in sala Bacci.

Riassumendo brevemente: il malato rimase per circa cinque mesi al decimo padiglione.

Durante tutto questo tempo la quantità delle urine oscillò fra un minimo di 800 e un massimo di 2600 cmc. La pressione arteriosa, ripetutamente misurata fu sempre più bassa del normale. L'esame del sedimento urinario per lo più fu completamente negativo, meno una volta in cui furono riscontrati dei cilindri ialini e granulosi. Non furono trovati granuli lipoidei.

Ma durante la degenza al decimo Padiglione si cominciò a notare un fatto nuovo, che in modo più evidente si dimostrò nell'anno successivo a Sala Bacci, cioè l'albuminuria aumentò fortemente e presentò notevoli oscillazioni nella sua intensità.

Ma di ciò si parlerà estesamente più avanti.

Fu praticato più volte l'esame dell'espettorato per la ricerca del bacillo di Koch con esito negativo. Più volte fu pure eseguita la reazione di Wassermann sempre con esito negativo.

Il 5 maggio 1928 di sua volontà esce dall'ospedale presso a poco nelle condizioni in cui vi era entrato.

Parecchi mesi dopo chiede nuovamente ricovero in Ospedale ed entra il 16 febbraio 1929 in Sala Bacci.

Racconta che fino al dicembre ultimo scorso era stato abbastanza bene; ma dopo una bagnatura si erano ripresentati gli edemi e l'affanno. Aveva cefalea intensa, dolori precordiali, formicolio alle mani, crampi ai polpacci.

All'ingresso in corsia il reperto dell'esame obbiettivo era il seguente:

Sensorio integro. Decubito indifferente; stato di nutrizione piuttosto scaduto. Cute e mucose pallide. Edemi notevoli della metà inferiore del tronco, dello scroto e degli arti inferiori. Lingua detersa umida.

Fauci nulla. Polso 80 piccolo ritmico.

Cuore: Itto della punta non visibile nè palpabile. Con la percussione la punta si delimita al 5° spazio un poco all'esterno dell'emiclaveare.

A destra deborda appena. All'ascoltazione lieve soffio sistolico sul *centrum cordis;* 2° aortico un poco forte.

Polmoni: sonorità esagerata su tutto l'ambito meno alle basi ove, specie a sinistra, si nota riduzione di suono. All'ascoltazione: rantoli umidi a piccole bolle ad ambedue le basi ma più abbondanti a sinistra.

Addome: meteorico nella parte superiore. Pareti addominali edematose.

Per il meteorismo e per l'edema delle pareti è difficile l'esame degli organi ipocondriaci, tuttavia sembra di percepire il fegato debordante due dita dall'arco, e così pure la milza.

Pupille miotiche uguali e reagenti.

Sottoposto per quattro giorni alla somministrazione quotidiana di 1 gr. di teobromina con 20 ctg. di polvere di digitale, gli edemi diminuirono notevolmente e il cuore tornò nei limiti.

La pressione arteriosa misurata il 21 febbraio 1929 fu di 130-80 mm. Hg. Le urine contenevano il 5 per mille di albumina. Nel sedimento *nulla di notevole.*

L'esame del fondo dell'occhio non dimostrò alcuna alterazione riferibile alla affezione renale. Si notava soltanto cono temporale in 0.0.

L'esame radiologico del torace non mostrò nulla di anormale a carico dei polmoni, nè modificazioni dei diametri del cuore.

L'esame morfologico del sangue mise in evidenza un'eosinofilia piuttosto accentuata (15 %) che per altro dopo alcuni giorni non fu più notata e che non trovò spiegazioni nemmeno nell'esame delle feci che non mostravano di contenere uova di elminti.

L'azotemia, praticata con il metodo dell'ipobromito e con l'Ureometro di Olivieri fu di 0,47 per mille.

Per qualche mese le condizioni del paziente si mantennero pressochè immutate.

Nell'aprile cominciò a peggiorare, gli edemi andarono aumentando, il malato si fece sempre più cachettico, finchè lentamente si spense nel marasma il 5 giugno 1929.

Il decorso della malattia e il comportamento delle varie prove funzionali sono brevemente riassunti nella tabella a pagina seguente.

L'autopsia, praticata dal prof. Nazari, dimostrò il reperto seguente:

Anasarca. Cervello, midollo spinale e occhi normali. Cuore d'aspetto normale, miocardio di colorito bruno (peso gr. 240). Aorta e grossi vasi normali. Aderenze pleuriche fibrose bilaterali. Edema polmonare. Iperemia della mucosa dei medi e piccoli bronchi.

Fegato di aspetto normale (peso gr. 1400) di consistenza alquanto diminuita. Duodeno e vie biliari normali. Tumore cronico di milza (gr. 470) con perisplenite capsulare fibrosa a grandi chiazze e discreto aumento di connettivo dei setti e delle trabecole con degenerazione amiloide diffusa.

Reni leggermente aumentati di volume (grammi 310) capsula non ispessita facilmente distaccabile. Superficie liscia di colorito giallo variegato in rosso, con degenerazione amiloide dei globuli malpighiani e delle arteriole renali.

Ipofisi, tiroide, capsule surrenali, testicolo, midollo osseo, normali.

All'esame istologico il reperto dei reni era il seguente:

Nella sostanza corticale si nota la degenerazione amiloide messa in evidenza con i soliti reattivi (gomma iodata e violetto di metile) in quasi tutti i glomeruli malpighiani, i quali non presentano altre alterazioni istologiche nè di carattere produttivo nè di carattere infiltrativo.

Nella parte tubulare della sostanza corticale la massima parte dei tubuli (contorti di I e II ordine e anse di Henle) non è più riconoscibile per la scomparsa delle cellule epiteliali. Nei pochissimi tubuli in cui gli epiteli sono conservati, questi presentano gravi alterazioni regressive e alcuni di essi sono in completa degenerazione grassa.

La parte tubulare secernente è, nella sostanza corticale, in gran parte sostituita da un tessuto connettivo ricco di elementi cellulari con numerosissime e estese aree di infiltrazione parvicellulare, con sede quasi esclusivamente periglomerulare.

Tutte le arterie si presentano in maggiore o minor grado colpite dalla deposizione amiloide e all'infuori di questa, non mostrano altre alterazioni notevoli. I tubuli collettori nel tratto compreso nella sostanza corticale appaiono conservati e assai notevolmente dilatati in modo da dare microscopicamente alla sostanza corticale stessa un aspetto quasi tarlato ma senza alterazioni notevoli del loro epitelio.

Nella sostanza midollare molti dei tubuli contengono formazioni cilindriche di aspetto cereo.

La capsula fibrosa appare normale ma un poco ispessita.

Amiloidosi diffusa della milza.

Nel fegato l'amiloidosi è limitata alle ramificazioni dell'arteria epatica.

Nei polmoni si riscontrano soltanto segni di infiltrazione cronica dei piccoli bronchi.

P. Alessio	X Padiglione Policlinico anno 1928	Sala Bacci - Santo Spirito anno 1929
Quantità urine	Da un massimo di 2600 a un minimo di 800. In genere intorno a 1500 cmc.	Da un massimo di 3100 a un minimo di 800. In genere intorno a 2000 cmc.
Peso specifico	Fra 1010 e 1020.	Fra 1010 e 1015.
Sedimento urinario	Emazie sempre assenti. Cilindri ialini e granulosi sempre assenti meno una volta.	Cilindri ed emazie sempre assenti.
Albuminuria	Oscillante fra il 2 e il 14 ‰.	Oscillante fra il 5 e il 30 ‰.
Pressione arteriosa	16 gen. 1928: Pmx. 85; Pmn. 60. 3 feb. » » 105; » 55. 29 » » » 85; » 55. 16 apr. » » 105; » 70.	21 feb. 1929: Pmx. 130; Pmn. 80. 12 mar. » » 115; » 70.
Azotemia	29 gennaio 1928: 0,36 ‰.	28 febbraio 1929: 0,29 ‰. 14 marzo » 0,47 ‰. 20 aprile » 0,70 ‰. 10 maggio » 1,37 ‰.
Colesterinemia	24 aprile 1928: 3,75 ‰.	22 aprile 1929: 2,15 ‰.
Edemi	Presenti generalizzati.	Presenti generalizzati.
Sintomi uremici	Assenti.	Cerebrali assenti. Dispnea. Parestesie. Nell'ultimo periodo diarrea.
Sintomi di insufficienza cardiaca	Presenti.	Presenti.
Alterazioni del fondo dell'occhio	—	Assenti.

Si tratta dunque nel caso in questione di una nefrosi nel periodo di stadio o secondo periodo, poichè oltre alle gravi alterazioni regressive degli epiteli tubulari senza fatti infiammatori dei glomeruli, si nota la reazione del connettivo interstiziale caratteristica per questo stadio della nefrosi.

Oltre a questa esiste abbondante deposizione amiloide in quasi tutti i glomeruli e nelle arterie renali, nella milza e nei rami dell'arteria epatica.

Evidentemente la amiloidosi è stato un fatto secondario alla nefropatia, una complicazione di essa. È notorio che appunto la nefrosi può essere accompagnata dalla deposizione amiloide

nei vasi renali e anche in quelli di altri organi.

Quella che è tutt'altro che chiara è l'etiologia di questa nefrosi. Il P... è stato un malarico e la malaria può essere causa di nefropatie e anche di degenerazione amiloide.

Casi simili sono stati descritti da Marchiafava e Bignami, da Rem Picci e in seguito anche da altri autori. Ma in tutti questi casi la malaria ha preceduto di poco l'insorgere della nefropatia o è ancora in atto quando questa si inizia, e nel caso presente la malaria ha preceduto di 24 anni l'inizio almeno apparente della nefropatia.

Il paziente non è luetico come lo dimostrano la negatività della anamnesi, l'assenza di altri episodi morbosi riferibili alla lues, le ripetute reazioni di Wassermann negative e finalmente il reperto della autopsia che non ha riscontrato alcuna lesione nei varii organi imputabile alla lues. Non era un tubercoloso, non aveva suppurazioni croniche. Aveva una bronchite cronica ma assai leggera e certamente sproporzionata alla gravità della nefropatia.

Un solo momento esiste nei precedenti morbosi del P... che forse può non essere stato estraneo al costituirsi della lesione renale. Egli ha avuto cinque volte la polmonite, l'ultima volta nel 1924. Nel 1927 almeno apparentemente, ha inizio la sindrome renale.

Dico apparentemente, poichè non è impossibile che già da prima il paziente avesse albumina nelle urine e non risentisse disturbi subiettivi tali da indurlo a ricoverare in Ospedale.

Possono le ripetute infezioni pneumococciche aver determinato la lesione renale che ha condotto a morte l'infermo? Non è fuori di luogo rammentare a questo proposito quanto scrive nel Trattato di Mohr e Staehelin il Volhard (pag. 327). Dopo aver rammentato gli studi di Frank sulla amiloidosi e i suoi rapporti con il pneumobacillo di Friedlaender, scrive: « In base a questa scoperta del Frank « appare probabile che anche nelle nefrosi non « complicate da amiloidosi nelle quali pare « trattarsi di un processo assai affine, la causa « consista in una azione battericotossica; « nelle infezioni croniche sarebbero in gioco « dei batteri meno virulenti ma capaci pur « sempre di produrre delle tossine. Certo deve « colpire il fatto che in tutti i casi di nefrosi « genuina da noi osservati, finiti con la morte, « questa ha avuto per causa una pneumonite « pneumococcica a decorso nel più dei casi « assai cronico ».

Possono gli pneumococchi che più volte hanno prodotto nel P... una polmonite franca, aver successivamente causato una infezione attenuata che ha determinato a sua volta la nefrosi? È questa semplicemente una supposizione che non può naturalmente trovare o meno, una conferma nel caso in questione.

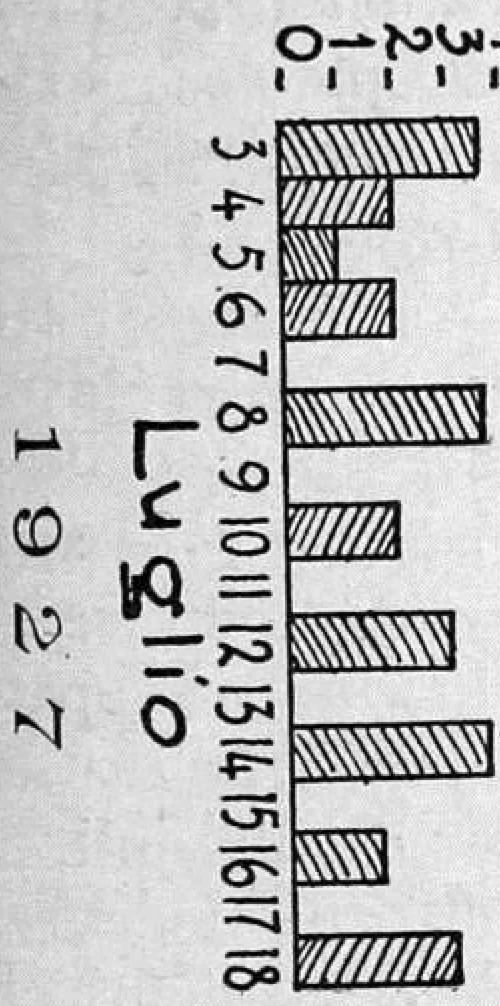
Ma l'interesse del caso presente è sopratutto di indole clinico-diagnostica. Perchè fu fatta diagnosi di rene amiloide? I sintomi clinici portavano semplicemente alla diagnosi di nefrosi. Per essa deponevano, senz'altro: la forte quantità dell'albumina, la assenza dell'ipertensione e della ipertrofia di cuore, l'azotemia bassa. Però nel quadro urologico un fatto richiamava l'attenzione ed era il comportamento inusitato dell'albuminuria. Questa fu sempre cospicua, poichè nei vari mesi di degenza ospitaliera non scese mai al disotto del 5 ‰, ma quello che sopratutto colpiva l'osservatore erano le brusche ed inusitate oscillazioni che questo sintomo presentava nella sua intensità. Ad esempio il 9 marzo 1929 le urine contenevano il 7 ‰ di albumina, il giorno seguente questa era improvvisamente salita al 30 ‰ senza che la quantità giornaliera delle urine fosse mutata. Il giorno 11 era già scesa al 20 ‰ ed il giorno seguente al 10. Questo fatto è messo in evidenza nella annessa grafica.

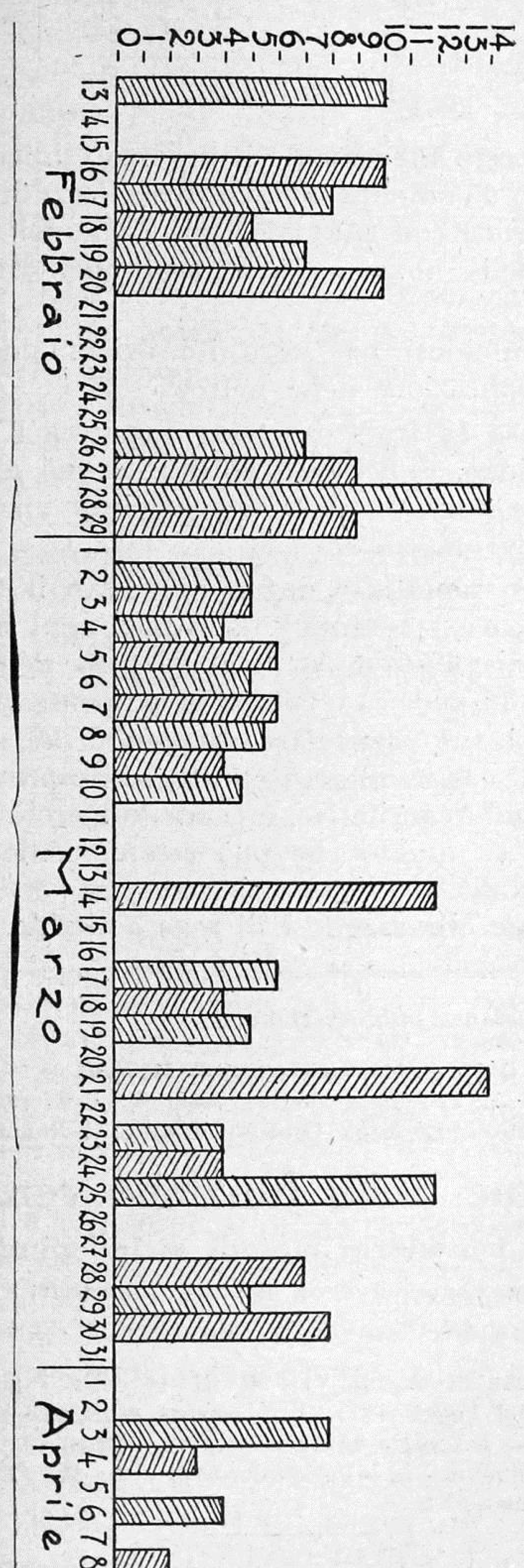
Può essere questo comportamento particolare della albuminuria considerato un sintomo proprio della amiloidosi renale?

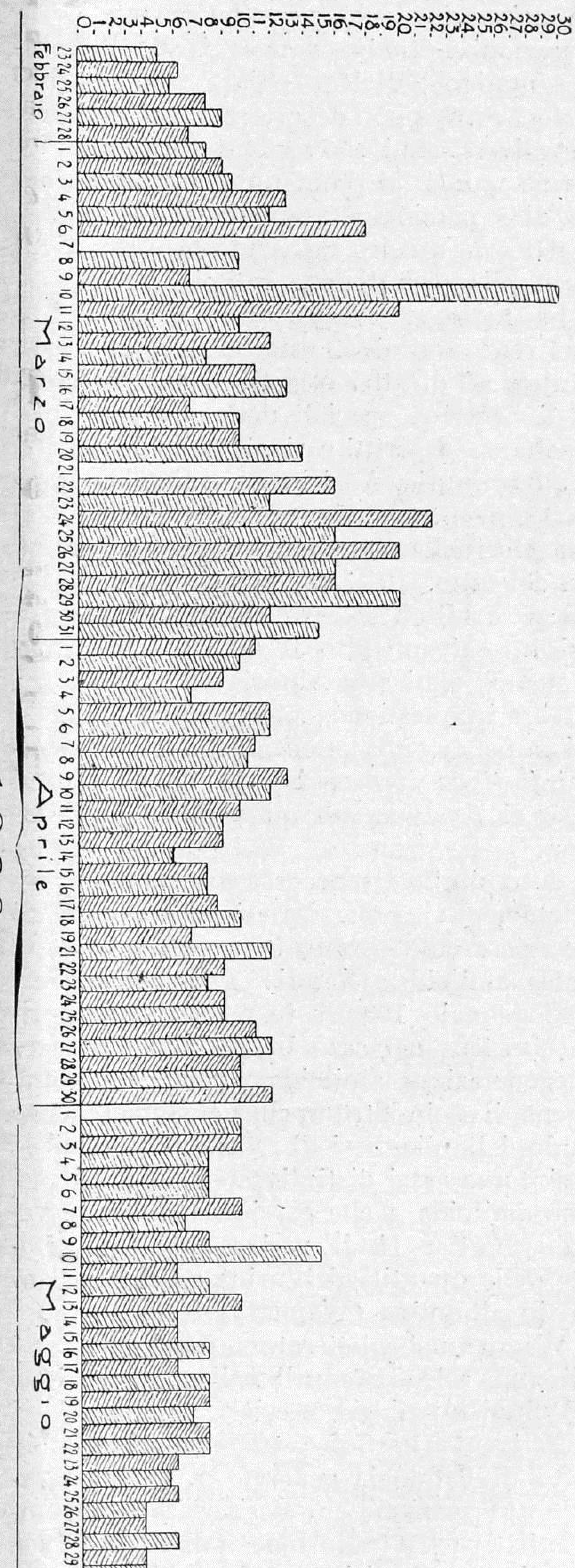
Nei Trattati, i caratteri dell'urina nel rene amiloide non sono descritti come univoci, anzi quasi tutti gli autori sono d'accordo nel dichiarare che l'urina può variare notevolmente sia nel suo contenuto in albumina sia nel suo peso specifico, che nella quantità globale e nel reperto microscopico del sedimento.

Così, ad es., nel suo classico Trattato il Leube (vol. I, pag. 424, 425 e 427) dice che nel caso singolo la albumina può essere abbondante o scarsa o in alcuni casi addirittura mancante ed afferma anzi che dalla sola urina non si può fare diagnosi di rene amiloide. Volhard trattando la amiloidosi renale assieme alle nefrosi non fa parola di caratteri urinari proprii del rene amiloide. Lo stesso fa Matthes nel suo noto trattato di Diagnostica differenziale. H. Strauss nel Trattato di Eulemburg Kolle e Weintraud (vol. II, pag. 531, 546 e 547) dice che la quantità della urina è presso a poco normale piuttosto aumentata che diminuita, il peso specifico normale o diminuito, l'albumina abbondante ma può anche mancare.

Lichtwitz (*Die Praxis der Nierenkrankheiten*. Springer, 1921, pag. 163-166) dice: « Se si pensa che l'amiloidosi in alcuni casi si ag-


Luglio
1927


Febbraio
Marzo
Aprile
1928


Febbraio
Marzo
Aprile
Maggio
Giugno
1929

giunge ad una nefropatia epiteliale già esistente, che in altri casi colpisce i vasi glomerulari e contemporaneamente danneggia gli epiteli, che in altri casi si insedia primitivamente nei vasi e solo secondariamente porta al alterazioni nutritive danneggiando l'irrorazione sanguigna, diviene chiaro che l'amiloidosi dei reni può decorrere con caratteri urinari diversissimi sia riguardo alla quantità dell'urina come al contenuto in albumina. Leube dice perciò con ragione che è impossibile dal solo quadro urinario porre con sicurezza una diagnosi di rene amiloide ».

Anche nella ricca letteratura riferentesi a casi di rene amiloide, solo, o accompagnato da amiloidosi di altri organi, non si fa menzione di caratteri speciali delle urine. Si trovano soltanto descritti casi di amiloide decorsi senza albuminuria. Anzi in un antico lavoro di Lecorché (*Arch. gén. de méd. gén.*, sept. 1874) si dice che nella amiloidosi pura l'albumina manca del tutto.

Così pure Litten osservò alcuni casi di amiloidosi in cui in tutto il decorso della malattia mancò ogni albuminuria.

Nel caso in questione, come si è detto, quello che si imponeva alla attenzione erano le *oscillazioni forti ed improvvise* che da un giorno all'altro si producevano nella quantità di albumina.

Un fatto simile era occorso di osservare precedentemente al prof. Nazari in un caso di febbre ricorrente bronchitica accompagnata da rene amiloide (Nazari: *Policlinico*, Sez. Medica, gennaio 1930) e fu proprio questo ricordo che fece nel caso in questione pensare alla degenerazione amiloide.

Orbene il solo Strümpell nel suo Trattato parlando della diagnosi di rene amiloide, dice: « Un sintomo assai distintivo per parecchi casi di rene amiloide e che perciò ha un reale valore diagnostico, è il variare rapido e frequente della quantità dell'urina e del suo contenuto in albumina (Wagner) ».

Di Wagner nella letteratura medica ve ne è più di uno, e lo Strümpell nella sua citazione non dà indicazioni più precise.

Lo scrivente ha forse trovato nel vecchio Trattato di Patologia generale di Uhle e Wagner la affermazione cui si riferisce lo Strümpell. Infatti nella traduzione italiana del 1868 fatta sulla terza edizione tedesca del 1865, a proposito degli elementi che servono alla diagnosi della amiloidosi, è detto fra l'altro: « L'orina ha per lo più un alto peso specifico, la sua materia colorante è aumentata, contiene quasi sempre albumina, *la quale però di tratto in tratto sparisce* ».

E nella sesta edizione tedesca del 1874 si leggono presso a poco le stesse parole: « Der Harn ist klar und meist eiweisshaltig, jedoch verschwindet das Eiweiss zeitweise ».

All'infuori di ciò, non mi è riuscito di trovare nell'esame della letteratura, altri lavori in cui si faccia menzione di questo peculiare comportamento dell'albuminuria nel rene amiloide e credo perciò non privo di interesse segnalare il fatto che quando in una nefropatia che decorre con intensa albuminuria, questa presenta forti ed improvvise oscillazioni, si debba pensare alla esistenza di una degenerazione amiloide e vagliare gli altri elementi che possano convalidare il sospetto.

RIASSUNTO.

Ho esposto brevemente il decorso clinico ed il reperto anatomopatologico di un caso di nefrosi cronica con amiloidosi oltre che del rene anche della milza e dei rami dell'arteria epatica.

La amiloidosi ha costituito evidentemente una complicazione della nefrosi.

La causa della nefrosi stessa, appare nel caso in questione, difficile a stabilire; si può affacciare l'ipotesi che possa collegarsi ad una infezione pneumococcica.

Ritengo sopratutto degno di rilievo il fatto che nel caso presente, mancando ogni altro criterio diagnostico, la diagnosi della degenerazione amiloide, fu potuta ugualmente porre basandosi sul particolare decorso della albuminuria, ossia sulle sue forti ed improvvise oscillazioni quantitative, e richiamo perciò l'attenzione su questo che può essere, come nel caso in questione, l'unico sintomo che permetta di arrivare alla diagnosi di rene amiloide.

COMMENTI

A proposito della terapia delle tubercolosi chirurgiche.

Prof. dott. T. SILVESTRI
già aiuto all'Istituto di Patologia Medica.

Il dott. Attilio Balduzzi in una nota « Terapia delle tubercolosi chirurgiche, prospetto e contributo » pubblicata nel n. 14 della Sez. Pratica del *Policlinico* 1930, riferisce i risultati buonissimi ottenuti nelle tubercolosi chirurgiche abbinando le *iniezioni endovenose di endocalcio proposte da Sicard* (in «Gazette des Hôpitaux», 14 maggio 1927), alle *iniezioni focolari di olio vegetale iodato* (Finikoff). Fa poi notare che fin dall'aprile 1925 di sua iniziativa adoperava nelle tubercolosi chirurgiche iniezioni endovenose di cloruro di calcio al 10 %, nella quantità di cmc. 10 per volta, ogni tre-quattro giorni.

Data l'importanza dell'argomento, mi permetto di accennare che nel n. 136 della *Gazzetta Ospedali* del 1914, in una nota preliminare « Ipercalcificazione e tubercolosi chirurgiche » riassumevo i risultati di una lunga esperienza fatta nel turno dei tubercolosi, annesso all'Istituto di Patologia Medica, allora diretto dal compianto prof. L. Vanni, di cui ero aiuto, in questi termini:

« La pratica di questi ultimi anni... mi ha dimostrato che la *ricalcificazione, l'ipercalcificazione non deve esser riguardata, anche nelle tubercolosi chirurgiche, semplicemente come un complemento di cura,* sibbene come un *fattore integrante di ogni metodo curativo* ».

E dopo aver accennato all'uso di tubercoline e della cura del Durante, così continuavo: « Orbene nell'*un caso* e *nell'altro* per ottenere dei risultati *più sicuri, più pronti, più completi non bisogna mai trascurare la somministrazione sistematica di abbondante quantità di sali di calcio,* perchè con questo abbinamento *si ottengono dei risultati insperati...* ».

« *Nelle tubercolosi aperte poi i sali insolubili di calcio* (carbonato, fosfati) *trovano anche una indicazione locale, le cavità ascessuali, le cavità ossee da carie, devono essere cosparse copiosamente coi medesimi, e nei seni fistolosi l'iniezione di una sospensione di questi sali merita di essere tentata;* la guarigione viene affrettata... ».

Tenuto poi conto che:

a) la via endovenosa non è poi sempre la più comoda, specie nella pratica privata;

b) che i sali solubili di calcio devono essere adoperati per via muscolare solo a dosi piccole, altrimenti si fanno causa di infiammazioni, necrosi ecc.;

c) che per consenso unanime se i sali solubili di calcio vengono prontamente assorbiti, altrettanto prontamente vengono eliminati, per cui male si prestano per una calcificazione, ipercalcificazione dell'organismo.

Feci alcune serie di esperienze le quali mi dimostrarono che i sali insolubili di calcio, sospesi in una soluzione di zucchero all'8-10 per cento possono essere iniettati nei glutei, purchè profondamente, senza inconvenienti e vengono assorbiti benissimo. Si possono in tal maniera iniettare anche 3-4 gr. di sali in 15-20 cmc. di mestruo; ma in quantità di gr. 2-2 1/2 l'iniezione è sempre tollerata bene, e gli effetti sono stati superiori ad ogni aspettativa non solo nelle poche tubercolosi chirurgiche da me curate, ma anche in forme discrasiche, mi si permetta ancora la frase, di lunga data, in forme convulsive (T. Silvestri « Dell'uso dei sali insolubili di calcio per iniezioni intramuscolari » in *Policlinico* Sez. Pratica 1915).

M'affretto poi a dichiarare che le iniezioni endovenose di cloruro di calcio hanno delle indicazioni di urgenza, che non possono esser richieste ai sali insolubili, i quali però, lo ripeto, hanno il diritto di preferenza in tutte le forme di tubercolosi sia mediche che chirurgiche e tutte le volte che vi è bisogno di correggere, di riparare a turbe durature del ricambio calcico.

In ogni caso la calcioterapia deve essere completata da tutti quei sussidi fisici-chimici, alimentari, organoterapici, che valgono a meglio assicurare, l'assorbimento, l'assimilazione, la ritenzione, nella misura necessaria, dei sali di calcio.

Modena.

RIVISTE.

Il dramma addominale.

Vi sono stati morbosi che colpiscono i pazienti in modo assolutamente improvviso ed imprevisto, mentre essi godevano un perfetto stato di salute. Appartengono a questi accidenti le sincopi, le apoplessie, gli attacchi di angor in individui che non avevano mai sofferto disturbi o presentato segni che facessero pensare ad una qualsiasi alterazione del cuore o dei vasi. Si tratta spesso di fatti impressionanti, sopra tutto per le circostanze nelle quali talvolta avvengono. Individui in piena attività stramazzano, e soccombono o sono resi invalidi, gettando nel lutto o nella miseria intere famiglie.

Tuttavia nulla raggiunge la drammaticità di certi accidenti addominali. Ed è molto felice la denominazione di dramma addominale che Guibal nel suo trattato di Semiologia chirurgica (Editore Maloine) ha dato al male che sorprende la vittima in buona salute, lo colpisce con un dolore atroce ed improvviso nel ventre, l'atterra in sincope e l'uccide in qualche ora.

Il dramma è costituito non solo dall'improvvisa ed imprevedibile manifestazione del male, ma dall'impressionante fenomenologia dolorosa, dalla rapida successione degli eventi.

Le affezioni che più spesso provocano il dramma addominale sono: la perforazione dell'ulcera gastrica o duodenale, la pancreatite acuta, l'appendicite perforante, lo strozzamento interno, la rottura d'una gravidanza tubaria, l'improvvisa torsione di peduncoli, la colecistite acutissima o perforante.

Il dramma addominale deve essere subito riconosciuto, e senza indugiarsi a precisarne le cause deve indurre a chiedere sollecitamente l'intervento del chirurgo. Riconoscere il dramma addominale è essenziale e sempre possibile; precisarne la causa è utile ma non indispensabile, e spesso non è possibile; in ogni caso ciò che s'impone d'urgenza è la laparotomia.

PERFORAZIONE D'ULCERA GASTRICA O DUODENALE.

La perforazione d'un ulcera gastrica nel peritoneo merita d'essere presa ad esempio per la sua frequenza e perchè provoca il dramma addominale più intenso e più caratteristico.

Può verificarsi senza alcun precedente morboso, ma più di solito il paziente era già afflitto da disturbi dispeptici, dolori, crampi calmati dai pasti, scialorrea, rigurgiti acidi. Questi disturbi sopravvengono a crisi spesso accompagnati da melene ed ematemesi. L'imminenza della perforazione è segnalata da dolori più violenti e quasi continui, da iperestesia e reazione di difesa epigastrica, da gastrorragie.

Il dramma addominale scoppia e si svolge in tre atti: 1) dolore violento, atroce, angosciante, improvviso, che atterra come un colpo di pugnale, fenomeni di shock, contrattura addominale localizzata: dura da una a quattro ore; 2) calma relativa, diminuzione del dolore e dei fenomeni di shock, estensione della contrattura; si tratta di un'accalmia traditrice. Il dolore diminuisce d'intensità, ma si diffonde verso il fianco destro e la fossa iliaca destra. La contrattura segue la stessa diffusione. In capo a qualche ora il dolore è localizzato alla fossa iliaca destra, tanto che è facile lo scambio con l'appendicite. La diffusione del dolore e della contrattura è determinata dal cammino del liquido proveniente dalla perforazione, che seguendo la doccia parieto-colica destra, raggiunge la regione ileo-cecale, inonda la pelvi, e si diffonde infine in tutto il ventre; 3) peritonite: generalizzazione progressiva del dolore e della difesa muscolare, meteorismo, vomiti, acceleramento ed indebolimento del polso, ipertermia, iscuia, facies addominale. L'esito è fatale. Tutti gli ammalati operati in questo stadio muoiono.

PANCREATITE ACUTA.

La pancreatite acuta ha per sustrato anatomico una lesione acuta emorragica con citosteato-necrosi con gravi fenomeni tossici o di shock, oppure una lesione suppurativa che uccide con fenomeni tossici e peritonitici.

Come precedenti si hanno manifestazioni biliari: coliche epatiche, colecistite, ecc.

Il dramma pancreatico è ancora più fulminante del precedente. Colpisce per lo più individui giovani e vigorosi, spesso obesi, poco dopo un pasto abbondante, con un dolore all'epigastrio improvviso, violento, brutale, che atterra e strappa grida disperate, e che la morfina anche ad alte dosi non riesce a calmare. Lo shock è improvviso ed è caratterizzato da polso piccolo, frequente, ipoteso, temperatura normale o sub-normale, cianosi della faccia, raffreddamento delle estremità. La contrattura epigastrica è abituale, ma non costante.

La morte sopravviene fatalmente in 12-48 ore a meno che non si tenti precocemente l'operazione. Questa deve sempre essere praticata senza preoccuparsi di stabilire diagnosi differenziali.

OCCLUSIONE INTESTINALE ACUTA.

L'occlusione intestinale acuta o ileo acuto è uno stato provocato dall'arresto completo e persistente di feci e gas, dovuto ad un ostacolo meccanico.

Il quadro clinico evolve generalmente in tre periodi: periodo iniziale con dolore e shock, periodo di accalmia ingannatrice, periodo di stercoremia.

La condizione scoppia con un dolore addominale improvviso, violento, brutale a tipo colico (colica di miserere) localizzato o diffuso. Quasi contemporaneamente compaiono fenomeni di shock: sudori freddi, pallore, agitazione, angoscia, dispnea, bradicardia,

aritmia, occhiaie incavate e azzurre. La temperatura è normale o subnormale. Frequenti le nausee ed i vomiti prima alimentari, poi mucosi, o bilio-mucosi. In primo tempo si ha emissione di feci e di gas, seguite da tenesmo rettale e vescicale. Ben presto si ha il sintoma capitale: la soppressione assoluta di emissione di feci e di gas. I segni locali sono l'espressione della distensione dell'ansa a monte dell'ostacolo (meteorismo locale) e la lotta dell'intestino per forzare l'ostacolo (contrazioni peristaltiche). Manca di solito ogni reazione di difesa. In queste condizioni l'intervento è indispensabile ed indilazionabile.

Il periodo d'accalmia comincia in media 12-14 ore dopo l'inizio dell'accidente. I dolori sono meno vivi o cessati, scomparsi i vomiti, il singhiozzo, le contrazione peristaltiche, meno intense le nausee. Tuttavia l'arresto delle feci e dei gas permane assoluto. Il meteorismo aumenta. Intanto compaiono i segni dell'intossicazione stercoracea: tachicardia, ipotermia, iscuria. Se si ritarda ancora l'intervento il paziente entra nella fase terminale.

Il periodo della stercoremia è quello preagonico, nel quale l'intervento ha poche probabilità di evitare la morte. Sopravviene dopo due o tre giorni ed è tanto più precoce, quanto più in alto ha sede l'ostacolo. I dolori sono presso che scomparsi, il meteorismo aumenta, i vomiti riprendono e diventano fecaloidi, le urine sono scarse o mancanti, il polso è frequentissimo, aritmico, appena percettibile, la temperatura è bassa. Il volto del malato acquista un aspetto caratteristico: naso affilato occhi infossati, lingua secca. Gli arti ed il naso sono ghiacciati e spesso coperti di sudore La coscienza è integra fino alla fine. L'evoluzione verso la morte è spesso accelerata da una peritonite subacuta da perforazione dell'intestino.

Questa forma clinica corrisponde all'occlusione del tenue. Nell'occlusione del duodeno il dolore ha sede all'epigastrio, che è sporgente duro, teso, timpanico in contrasto con l'affossamento del resto del ventre, i vomiti sono frequenti, abbondanti anche se l'individuo non ingerisce una goccia di liquido, hanno colore verdastro, spesso sono sanguinolenti. In questa forma la posizione di Schnitzler ha effetti benèfici immediati: il malato è coricato sul ventre o nella posizione geno-pettorale. In questa posizione le due branche del compasso aortico-mesenterico si aprono e liberano il duodeno. Contemporaneamente si fanno abbondanti ipodermoclisi. Il volvulo del ceco e la stenosi dell'angolo sotto-epatico del colon provoca una dilatazione del ceco, che forma un tumore sporgente, elastico, timpanico, con intensi borborigmi. L'occlusione dell'intestino grosso ha un'evoluzione più lenta; i dolori sono moderati, il peristaltismo è spesso assente; i vomiti sono tardivi o mancano e non sono mai fecaloidi, i segni della stercoremia sono molto tardivi; i fianchi sono ingrossati e sonori. Si tratta di un decorso subacuto o cronico.

Altri stati patologici possono dare un quadro analogo a quello delle occlusioni intestinali. Tali sono le peritoniti acute, l'appendicite dei vecchi, la pelvi-peritonite d'origine ginecologica, la rottura intraperitoneale d'un ascesso salpingeo, le irritazioni asettiche peritoneali da versamenti improvvisi di liquidi sterici (sangue, liquido idatideo, bile), le pseudo-occlusioni riflesse da coliche epatiche e nefritiche. Sono anche da ricordare gli stati meningei, il colera secco, le crisi tabetiche, gli avvelenamenti acuti, il saturnismo. Si tratta comunque di forme che hanno qualche peculiarità caratteristica che consente facilmente la diagnosi differenziale.

Appendicite gangrenosa perforante.

È generalmente preceduta da qualche giorno di malattia: febbre, nausee, vomiti, anoressia, dolenzia del ventre.

L'inizio è dato dal dolore con sede nella fossa iliaca destra, intorno all'ombelico o all'epigastrio. Cresce rapidamente e raggiunge in qualche minuto un'intensità estrema. Contemporaneamente si ha brivido seguìto da febbre altissima e tachicardia. I vomiti sono precoci. Spesso si ha diarrea seguita da chiusura completa dell'alveo. Subito la faccia si assottiglia, il malato si agita o un'euforia contrastante con lo stato termico e con il polso. Si ha difesa muscolare ed iperestesia nel quadrante inferiore destro dell'addome. La sintomatologia quindi evolve verso la forma peritonitica ipertossica o epatotossica. La morte può sopravvenire in 24-36 ore.

Torsione brusca dei peduncoli.

Si può avere la torsione d'una cisti, d'un tumore solido dell'ovaio, d'un fibroma uterino peduncolato o d'un'utero fibromatoso, d'un idro- o piosalpinge, della cistifellea, della milza mobile o ipertrofica, del grande epiploon, d'un tumore o d'una cisti del mesentere.

L'inizio è brusco. Si ha dolore addominale improvviso ed acuto con fenomeni di shock intenso e segni d'irritazione peritoneale.

Il periodo di stato differisce a secondo che dominano i segni dell'emorragia interna, dell'occlusione o dell'infezione.

Nella forma emorragica, il sangue versato nella cisti o nel peritoneo, in seguito alla rottura del peduncolo o dei vasi del tumore si ha polso piccolo, frequente, depressibile, pallore, ipotermia come nella rottura tubaria.

Nella forma d'ileo il meteorismo può nascondere la lesione causale la quale agisce comprimendo o meglio paralizzando.

Nella forma peritonitica la sierosa è contaminata dall'organo torto che s'è gangrenato o infettato per via sanguigna.

La diagnosi causale si basa sulla sede del dolore iniziale, sulla relazione del tumore con

gli organi genitali, con il fegato, con la milza, ecc.

La torsione del grande epiploon è probabile quando un tumore addominale coincide con un'ernia epiploica irriducibile inguinale o crurale.

La torsione dei peduncoli richiede la laparotomia immediata.

Perforazione d'organi intraperitoneali.

I sintomi sono analoghi a quelli della perforazione dell'ulcera gastrica.

La diagnosi si basa su gli antecedenti, sul modo d'inizio del male, sulla localizzazione del dolore iniziale.

Può essere data da un'ulcera tubercolare, da un'ulcera semplice perforante del tenue o del colon, da una diverticulite del colon, da una diverticulite di Meckel, da un'ulcerazione al disopra di una stenosi semplice o cancerigna.

La laparatomia s'impone, e spesso la diagnosi si fa solo dopo l'intervento.

Nel tifo la perforazione ha sede in generale verso la fine del tenue, raramente nel ceco o nell'appendice. Si manifesta con un dolore improvviso nella regione iliaca destra o periombelicale, con meteorismo rapido, caduta improvvisa della febbre seguita da forte riaccensione, accelerazione e indebolimento del volto, difesa muscolare, facies addominale.

La salpingite gangrenosa o perforante è una lesione grave, spesso mortale. La diagnosi si basa su i precedenti genitali.

La diagnosi di perforazione di un ascesso o di una cisti idatidea del fegato con versamento nel ventre è facile quando è già nota la lesione causale.

La perforazione della cistifellea si ha nella colecistite calcolosa o tifosa. Si ha un dolore acuto, violento, sottoepatico con irradiazione lombare, shock, difesa sottoepatica, disturbi respiratorî, vomiti incostanti, di solito febbre, tachicardia, scomparsa della cistifellea che prima si palpava. Successivamente il dolore e la contrattura si diffondono e si ha la generalizzazione dell'infezione con i sintomi abituali.

Rottura di gravidanza tubarica.

Si può produrre sotto tre forme: emorragia cataclismatica, emorragia a ripetizione, emorragia incistata o ematocele.

Nella forma ad emorragia cataclismatica la donna in pieno benessere avverte nel ventre un dolore atroce, un colpo di pugnale, emette un grido e cade priva di conoscenza. L'inferma è pallidissima, ha respirazione rapida e superficiale, polso frequentissimo, impercettibile, ipotermia, ventre leggermente meteorico e con subottusità nelle parti declivi, sangue nerastro nella vulva. Occorre procedere alla trasfusione di sangue, che consente alla donna di sopportare l'operazione indispensabile.

Nella forma a ripetizione, gli accidenti sono meno drammatici e sopravvengono a crisi.

La forma incistata o ad ematocele non ha carattere drammatico.

Emorragie intraperitoneali spontanee.

Possono sopravvenire in seguito alla rottura d'una vena varicosa, d'una cisti follicolare dell'ovaio.

Le rotture spontanee della milza provocano un quadro clinico molto drammatico: dolore a colpo di pugnale, sincope immediata, pallore, anemia profonda, difesa addominale incostante. Si verificano nella malaria cronica, nel tifo, e più raramente nella splenomegalia leucemica o amiloide. Dr.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO E VIE BILIARI.

Diagnosi e cura degli itteri da ritenzione.

(Parturier e Thalheimer. *Press. Méd.*, n. 37, 1929).

Un ittero completo con decolorazione delle feci che si protrae oltre tre o quattro settimane è un fatto molto importante. Gli AA. distinguono in questo caso: 1) una sindrome leggera e passeggera; 2) una sindrome cronica e alterna e 3) una sindrome cronica e progressiva.

La sindrome leggera e passeggera può dare anche notevoli imbarazzi diagnostici: una volta ci si accontentava della denominazione di ittero catarrale, oggi ciò non si ammette più. Al massimo itteri del tutto transitori possono spiegarsi con uno stato spasmodico. In realtà in tutte queste forme si tratta di itteri infettivi benigni legati a epatiti che si manifestano con un fegato grosso non doloroso o poco, e sopratutto con una grossa milza ed uno stato infettivo.

Ma se questi itteri durano oltre un mese l'incertezza diagnostica cresce, tra una epatite di competenza puramente medica od una ostruzione biliare in cui non ci si deve fare sfuggire il momento opportuno per un intervento. Le ricerche di laboratorio che risulteranno negative per le epatiti avranno un certo valore.

La sindrome cronica e alterna con periodi di remissione e di recrudescenza. Si deve fare un esame accurato della cistifellea. Essa può non essere palpabile, ma risultare dolorosa alla pressione: si deve allora anzi tutto pensare all'ittero litiasico. Si sa che già Courvoisier e Terrier trovavano nella mancata distensione della cistifellea un segno differenziale tra calcolosi e cancro del pancreas; ciò sarebbe dovuto o al rattrappimento di una vescicola sclerotica per flogosi cronica, o ad un arresto del calcolo nel cistico che disteso determinerebbe per compressione una occlusione dell'epatico vicino. Può molto giovare alla diagnosi la radiologia con la tetrajodofenolftaleina.

Se invece la vescicola è poco dolorosa, ma distesa e palpabile, ciò fa pensare al cancro delle vie biliari inferiori (coledoco, ampolla di Vater) che sono caratterizzati dal loro piccolo volume, e dalla loro friabilità che spiega la permeabilità intermittente delle vie biliari. Il cancro del Vater può essere sospettato per i segni intestinali e sopra tutto, per le emorragie intestinali occulte durante l'ittero (!). Il cancro dei canali epatici è di diagnosi difficile e non produce distensione della cistifellea. Quello della cistifellea non produce per lo più ittero.

La sindrome cronica e progressiva implica un ostacolo definitivo all'ostacolo della bile. Si pensi anzitutto a cancro della testa del pancreas: in questo l'inizio sarà insidioso, in età avanzata, con rapido risentimento sulle condizioni generali. Con fegato e milza non ingranditi o poco. Con vescica biliare distesa, con fenomeni di insufficienza pancreatica facilmente rilevabili all'esame delle feci e del liquido duodenale. Può esservi glicosuria per deficit della secrezione pancreatica interna. Ma non si deve dimenticare che vi sono altre lesioni capaci di creare una identica sindrome di ittero cronico per ritenzione. Tali la pancreatite cronica sclerotica stenosante e obliterante, oppure la peritonite sottoepatica. L'A. cita due casi che dimostrano chiaramente queste possibilità.

Si deve poi pensare alle altre cause di compressione o di occlusione delle vie biliari: cancro pilorico che agisce direttamente o per l'intermediario dei gangli, cisti idatidea del fegato che si apra o no nelle vie biliari.

Circa la terapia essa può essere medica o chirurgica. La prima comprende: riposo a letto, regime latteo integrale, poi brodi cereali. Terapia toni-cardiaca e tonica, cioè sparteina e glicerofosfato di sodio. Terapia epatica: estratti di fegato, di pancreas molto. Terapia calmante: antipirina. Terapia colagoga: olio di olivo. In molti casi si impone praticamente una esplorazione chirurgica. È meglio deciderla precocemente. L. TONELLI.

Le forme gastrointestinali della litiasi biliare ed i possibili errori diagnostici.

(F. MARTINEZ. *Est Médical*, 1928).

Non sempre la litiasi biliare evoluziona con i sintomi caratteristici propri; più spesso infatti le manifestazioni dolorose proiettandosi fuori dai focolai ordinari di localizzazione possono condurre a gravi errori diagnostici. In special modo sono le forme gastriche della litiasi biliare quelle che non presentano una sintomatologia definita: il dolore domina quasi sempre il quadro clinico e la sua intensità è varia, potendo andare da una semplice molestia sino alle algie, brusche, repentine, che realizzano, senza dubbio, un equivalente epigastralgico della colica epatica.

L'A. ricorda a questo proposito la storia di 3 inferme, nelle quali per la sintomatologia e per le caratteristiche dei dolori era stata posta la diagnosi di ulcera gastro-duodenale, mentre in tutte all'intervento fu trovata una colecistite.

La pirosi, l'acidità, il bruciore all'epigastrio figurano tra i sintomi più costanti; essi però non sono in rapporto con i pasti, insorgendo anche a completo digiuno. Coincidono con un chimismo ipercloridrico, ma possono riscontrarsi anche in soggetti ipocloridrici.

I vomiti alimentari e biliari sono anch'essi costanti, ciò che fa aumentare la persuasione del medico di trattarsi di ulcera gastro-duodenale.

Degno di essere ricordato è il dolore epigastrico dei colelitiasici.

I fenomeni dolorosi nelle affezioni gastroduodenali, sono soggetti ad un orario fisso, che dipende dalla qualità e dalla quantità del cibo ingerito; nei biliari invece, se esiste il dolore gastro-duodenale esso non presenta alcun rapporto con l'alimentazione. È appunto su questa mancanza di regolarità del dolore che può spesso escludersi con certezza la presenza di un'ulcera gastrica o duodenale.

Altro dato da tenere presente è la facilità con la quale questo dolore cede ai preparati oppiacei, mentre resiste agli alcalini, alla belladonna, al vomito spontaneo o provocato, agli altri rimedi infine che sogliono mitigare i dolori di stomaco.

Quale è la causa di questi dolori? Perchè la presenza di calcoli nella vescichetta infiammata, determina, a volte, questi dolori a topografia così netta gastro-duodenale?

Sono stati attribuiti ad ipercloridria concomitante, mentre invece si possono avere anche in litiasi con ipocloridria ed anche con achillia; si è supposto che fossero dovuti a contrazioni vescicolari, ma ciò è possibile solo in quei casi nei quali il dolore coincide con l'inizio della digestione.

Kehr dice che la bile si accumula nel periodo in cui lo stomaco ed il duodeno sono vuoti, e provoca il dolore nei litiasici per la eccessiva distensione delle pareti. Se così fosse il dolore dovrebbe scomparire con l'ingestione dei cibi, perchè il riflesso prodotto dal contatto di essi con la papilla di Vater determina il vuotamento, mentre ciò non accade.

Alcuni parlano di aderenze della vescichetta biliare con lo stomaco e con il duodeno, altri pensano che il dolore sia prodotto da iperperistaltismo e da ipermotilità gastrica.

Secondo l'A., invece, la spiegazione deve essere ricercata in processi organici tangibili. Si tratterebbe, cioè, per l'A., di una autentica partecipazione del processo infiammatorio, il quale dalla vescichetta si propaga fino agli organi vicini.

L'infezione della mucosa vescicolare guadagna a poco a poco la muscolare e la sierosa; l'infezione di quest'ultima raggiunge facilmente la sierosa duodenale e di lì si estende al

piloro, allo stomaco, all'angolo destro del colon, all'appendice.

Se a ciò si aggiungono piccole embolie microbiche dalla vescichetta biliare alla regione duodeno-pancreatica a traverso le comunicazioni linfatiche, la comparsa dei sintomi gastrici e duodenali negli infermi di calcolosi biliari sarà facilmente spiegata.

Ammessa la lesione della parete gastrica, la sindrome dispeptica di questi infermi non è dovuta ad ipercloridria, ma ad irritabilità della mucosa gastrica e così si spiegano anche i vomiti per disturbi della prima porzione del duodeno, o per duodenite secondaria alla pericolecistite, o per briglie stenosanti il primo tratto intestinale.

Le ematemesi, la melena e le emorragie occulte, che alcune volte possono riscontrarsi in questi infermi, possono spiegarsi con diversi meccanismi: piccole emorragie faringee, per gli sforzi del vomito; diatesi emorragica per insufficienza epatica; trombosi della porta, con stasi venosa gastro-intestinale; duodenite congestiva o erosiva; coesistenza di ulcera gastrica o duodenale.

La diagnosi delle forme gastro-intestinali della litiasi biliare offre quindi grandi difficoltà e spesso mette a dura prova la sagacità di clinici esperti.

L'interrogatorio deve essere prolisso e dettagliato, sopratutto per quanto riguarda i rapporti tra i periodi digestivi e il dolore; spesso si potrà rilevare che i dolori sono accompagnati da rialzi febbrili, preceduti da brividi di freddo, da dolori articolari, da cefalea, tutti segni d'infezione ed interessanti per il criterio differenziale con le ulcere gastro-duodenali.

L'itterizia, per quanto fugace e passeggera, è anche essa di un certo interesse. Occorrerà informarsi se contemporaneamente vi è decolorazione delle feci e pigmentazione delle urine.

Occorre infine ricercare con attenzione la esistenza di altri dolori che, intercalandosi fra gli epigastrici o accompagnandoli rappresentano modalità della colica epatica e rilevano la litiasi: dolore nell'ipocondrio sinistro, dolore precordiale con tendenza allo stato sincopale, ecc.

L'esplorazione dell'epigastrio è spesso difficile durante la crisi dolorosa, ma in periodo di calma un'esplorazione accurata può rilevare una sensibilità profonda, che alcune volte passa inosservata nel decubito supino mentre si mette in evidenza stando l'infermo in piedi, probabilmente perchè in questa posizione la vescichetta si abbassa al disotto dell'arcata costale.

Varie sono le manovre indicate dagli AA. per la ricerca dei punti dolorosi classici; quelli che ad ogni modo vanno ricercati con attenzione sono il punto epigastrico o celiaco all'angolo epigastrico; il punto cistico o vescicolare al disotto della parte mediana del bordo costale destro e l'angolo formato da tale bordo ed il bordo esterno del grande retto; il punto di Chauffard e Rived nella zona formata dalla verticale e dalla bisettrice dell'angolo retto-ombellicale; il punto frenico tra le due inserzioni inferiori dello sternocleidomastoideo.

Dopo i lavori di Einhorn, si concede molta importanza all'esame della bile ottenuto mediante il cateterismo duodenale, sia semplice, che accompagnato dal drenaggio delle vie biliari con il metodo di Meltzer Lyon.

Anche il dosaggio della colesterina nel sangue, secondo Chauffard, può servire a distinguere la colecistite calcolosa dall'ulcera iuxtapilorica, ma non tutti gli osservatori riconoscono tale valore diagnostico.

Ciò che invece senza dubbio ha grande importanza è l'esame radiologico.

Sebbene i calcoli, pur esistendo, non siano sempre visibili ai raggi, tuttavia un ritardo o la mancanza di riempimento della vescichetta dopo somministrazione della tetraiodofenolftaleina può essere indizio di differenti lesioni: alterazioni della secrezione del fegato, occlusione delle vie biliari, alterazioni della funzione cistica da condensazione della bile, ecc.

Quando il riempimento è completo invece, si può allora studiare bene la forma e la grandezza della vescichetta ed è appunto l'esame diretto di essa, quello che interessa nei casi dubbi di interessamento dello stomaco o del duodeno.

Anzitutto si osserva che il punto doloroso non corrisponde all'ombra gastrica, ma al bordo epatico; oltre a ciò le funzioni motorie sono esagerate, determinandosi ipertonia, iperperistaltismo e ipermotilità. Sopratutto importante poi è la deformazione e l'ispessimento del bulbo duodenale, a causa di aderenze che partono dal corpo o dal collo della vescichetta o del cistico, e che deformano notevolmente la forma di questo segmento intestinale.

Queste deformazioni duodenali di origine vescicolare sono differenti da quelle nei casi di ulceri gastro-duodenali: le prime infatti hanno la massima esteriorizzazione durante la replezione dello stomaco e scompaiono gradualmente, durante il vuotamento, quelle di origine ulcerosa invece sono poco visibili immediatamente dopo l'ingestione del pasto opaco, e diventano evidenti più tardi.

Il criterio terapeutico può in alcuni casi essere di aiuto per la diagnosi (influenza degli alcalini nelle ulceri, e non nelle colelitiasi, azione dell'oppio in quest'ultime e non nelle prime); finalmente un sussidio diagnostico non disprezzabile può essere dato dalla ricerca dei calcoli nelle feci e il loro esame chimico.

A. P.

Distonie e discinesie vescicolari.

(M. CHIRAY e A. LOMON. *Archives des maladies de l'appareil digestif et des mal. de la nutr.*, gennaio 1930).

La funzione principale della cistifellea è quella di serbatoio contrattile: lo studio della escrezione vescicolare provocata ha messo in

luce la perdita e la esagerazione di questo potere contrattile.

La colecistografia mette bene in evidenza l'aspetto particolare e caratteristico delle vescicole biliari atoniche; invece l'imagine della cistifellea ipertonica è poco dimostrabile perchè si allontana dall'aspetto di quella normale solo di poco e il cambiamento di forma è assai rapido. È necessario per avere delle imagini probative, seguire la contrazione vescicolare con la radioscopia e prendere delle radiografie prima e dopo la contrazione.

1) Vescicole atoniche: la cistifellea normale ha la forma di una goccia d'acqua nel momento in cui sta per staccarsi dal contagocce, forma dovuta alla tensione superficiale del liquido. La vescicola atonica, la cui parete non è più contrattile, ha la forma di una sacchetta piena di avena; essa inoltre assume un aspetto del tutto differente secondo che il soggetto viene radiografato in piedi, coricato sul dorso o coricato sul ventre.

La maggior parte delle cistifellee atoniche sono esageratamente lunghe nel decubito ventrale ed appaiono invece corte e con un fondo largo nella stazione eretta.

Nel paziente in decubito dorsale, la cistifellea raggiunge la parte supero-esterna dell'ipocondrio e si pone sotto il bordo del fegato.

La grossa cistifellea atonica si svuota solo incompletamente dopo il pasto: una radiografia fatta un'ora e mezza dopo, mostra che il contenuto tetraiodico è ridotto soltanto a metà.

2) Vescicole ipertoniche: la loro forma tende alla sferica, quasi perfetta, perchè la tensione della parete ha un valore superiore a quello del peso del liquido contenuto.

La cistifellea ipertonica modifica poco la sua forma nelle varie posizioni del corpo del paziente.

Altro carattere abituale è la ipercinesia, sintomo obiettivo molto curioso che non era stato ancora segnalato dai radiologi. In un primo tempo (caso riferito dagli AA.) la vescicola si presenta di forma normale, con una ripartizione uguale della bile in tutte le parti, in un secondo tempo, dopo pressione sul punto cistico, la cistifellea prende bruscamente la forma di un cilindro e la bile refluisce verso il collo; infine nel corso del terzo tempo, l'organo riprende la forma normale, ma è diminuito in volume di metà.

3) Vescicole atoniche ipereccitabili: stanno tra le vescicole francamente atoniche e quelle nettamente ipertoniche; esse benchè ipereccitabili, hanno una tonicità e una forza muscolare diminuite che impedisce loro di trionfare sulla resistenza dello sfintere di Oddi e per conseguenza di svuotarsi.

Concludendo si può domandare all'esame radiologico della cistifellea delle informazioni più precise della semplice diagnosi di colecistite calcolosa o della permeabilità o meno della cistifellea.

Vi è tutta una serie di affezioni, molto diffuse, ma poco conosciute che dipendono dalle condizioni di contrattilità della parete della vescichetta e che si traducono con caratteri radiologici molto ben definiti.

Il lavoro è corredato da numerose interessanti radiografie e calchi di radiografie.

VICENTINI.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

La cura delle suppurazioni pleuriche.

(SAUERBRUCH. *Archiv. Klin. Chir.*, vol. 157. pag. 235, 1930).

Nella sua relazione al Congresso tedesco di Chirurgia del 1929, Sauerbruch osserva come oggi la cura delle suppurazioni pleuriche sia compendiata in due processi: il drenaggio chiuso con aspirazione e lo svuotamento aperto dopo resezione costale. Le statistiche dei due metodi parlano nettamente in favore del primo. Oggi deve valere il concetto che l'empiema non è un ascesso che debba essere svuotato.

Empiemi primitivi sono molto rari, quasi sempre secondari. Possono essere consecutivi a traumatismi, a focolai infiammatori viciniori che portano all'infezione della pleura per via linfatica. Empiemi metastatici non sono rari.

L'essudato varia molto; nella polmonite da grippe, p. es., può essere sieroso, sierofibrinoso, emorragico, purulento. Anche i germi sono differenti e di differente virulenza. Ha importanza il tipo del germe ma non eccessiva: così l'esperienza ha dimostrato che gli empiemi da streptococco, prima considerati i più pericolosi, possono guarire facilmente mentre si può osservare l'opposto per quelli da pneumococco. La prognosi dell'empiema dipende specialmente dal momento della sua comparsa e ciò si osserva specie nella polmonite. Esistono due forme di empiemi pneumonitici: il para-pneumonico e il meta-pneumonico.

L'empiema para-pneumonico nella prima forma compare nel decorso della polmonite come reazione a stimoli tossici e ha poca importanza. Altrimenti si comporta la seconda forma di empiema para-pneumonico, quella che si origina per la rottura nella pleura di un focolaio corticale. Allora la suppurazione polmonare si presenta in un momento in cui l'organismo è sofferente al massimo per la malattia, il polmone è gravemente leso, il cuore alterato. La prognosi è quasi sempre infausta.

L'empiema meta-pneumonico compare invece quando la polmonite è già in risoluzione e il polmone è in procinto di riprendere la sua proprietà di distensione e la funzione.

Per la cura ha importanza la distinzione della sede dell'empiema, se diffuso o parziale, e quando parziale se apicale, mediastinico, interlobare, basale. L'empiema interlobare e mediastinico è la conseguenza della rottura di un focolaio corticale e quindi hanno particolare importanza per la cura.

Gli empiemi che accompagnano la gangrena o l'ascesso polmonare sono di due tipi. Nel primo si tratta di essudati spesso sterili, che talvolta danno pochi segni clinici e che per la riduzione del focolaio polmonare agiscono favorevolmente. Il secondo tipo è il più pericoloso e si manifesta con sintomi simili alla peritonite da perforazione. L'ascesso si è perforato nella pleura, c'è dolore, ansia, cianosi, respiro difficile. Scompare l'espettorato e il paz. muore rapidamente per flemmone della pleura.

Parte a sè fanno gli empiemi dei bambini in cui al primo piano stanno le conseguenze meccaniche del versamento per la cedevolezza del mediastino.

A giustificare l'intervento di scelta deve servire la conoscenza delle alterazioni della meccanica respiratoria prodotte dall'empiema. Quando per una determinata ragione (aria, liquido) lo spazio pleurico da virtuale diventa reale e il polmone dovrebbe diminuire di volume, l'organismo cerca di compensare questa riduzione con una posizione inspiratoria della gabbia toracica e del diaframma. La pressione negativa intrapleurica rimane o addirittura aumenta. Nell'empiema due condizioni si oppongono a questo tipo di compenso: l'impossibilità di una distensione compensatoria del torace e l'ispessimento del parenchima polmonare. Infine esiste un'altra condizione di grande importanza. Il polmone non viene disteso solo meccanicamente dalla pressione dell'aria nel lume bronchiale, ma il rilasciamento attivo della muscolatura bronchiale apre gli spazi e permette l'ingresso a un volume maggiore di aria. Così l'espirazione non è opera soltanto della contrazione delle fibre elastiche, ma anche dell'aumento del tono dei muscoli bronchiali.

Da queste condizioni ne viene che le variazioni della pressione endotoracica non dipendono solo dal volume dell'essudato, ma molto di più dalle forze respiratorie della parete toracica, del diaframma e del polmone. Solo quando queste cedono entra in azione una forza comprimente dell'essudato.

Se per il dolore, la parete toracica e il diaframma si mettono in posizione di riposo, anche piccole quantità di essudato possono dare una compressione del polmone. Lo stesso succede quando il polmone è atelettasico o ha perduto la sua elasticità per l'infiltrazione pneumonica. Infine se il volume dell'essudato è molto notevole, il compenso non è più sufficiente.

Quando il mediastino è normalmente cedevole, l'emitorace opposto prepara il compenso con un aumento delle forze inspiratorie e il compenso sarebbe completo se in queste condizioni il mediastino non si sposterebbe e con esso il cuore e i grossi vasi. La cava inferiore subisce allora un inginocchiamento. Quando il mediastino è rigido le condizioni sono migliori, allora il volume dell'essudato può determinare una compressione sull'aorta e l'arteria polmonare.

Stabilita l'importanza che ha il mediastino, la parete toracica e il diaframma nella patologia dell'empiema si pongono da sè i compiti di una cura razionale, e precisamente: 1) eliminare il pus; 2) ovviare all'alterata tensione intratoracica senza pericoli per il polmone e il cuore; 3) ridistendere il polmone con il ritorno a condizioni fisiologiche.

Non è possibile di assolvere contemporaneamente tutt'e tre i compiti, ma occorre dare la preferenza a un metodo o all'altro a seconda delle condizioni del malato. Nei flemmoni pleurici gravi post-traumatici, negli empiemi con gravi sintomi di intossicazione occorre aprire subito largamente la pleura. Negli empiemi meta-pneumonici con scarsi sintomi di intossicazione, con spostamento del mediastino e disturbi funzionali del cuore e dei polmoni, occorre anzitutto provvedere al ristabilimento delle condizioni di tensione endotoracica. In questi casi una puntura evacuatrice porta alla decompressione, la meccanica respiratoria del lato sano si ristabilisce, cessa l'inginocchiamento della cava e con il migliorare del circolo si inizia il riassorbimento spesso fino a guarigione completa.

Il giudizio è più difficile nei casi in cui i sintomi di intossicazione si associano a quelli dell'azione fisica del versamento. Se il mediastino è fortemente spostato bisogna evitare l'apertura della pleura, lo stesso vale nei casi complicanti un enfisema o quando la respirazione è superficiale.

Meno i casi di flemmone pleurico e di grave intossicazione, bisogna cominciare sempre con una puntura evacuatrice. Se il versamento si riforma e dà ancora sintomi di compressione la puntura va ripetuta. Dopo la puntura evacuatrice, se l'empiema dura da parecchio tempo e si può pensare che il mediastino sia divenuto rigido, si ricorrerà alla pleurotomia con resezione costale.

Altrimenti si applica un drenaggio chiuso associato eventualmente ad aspirazione. Non sempre questo porterà direttamente a guarigione, spesso bisognerà in seguito, ricorrere alla resezione costale. Ma questo tipo di intervento ci assicura il drenaggio del pus senza quelle temibili complicazioni sul mediastino e sull'altro polmone che la toracotomia può dare. Il drenaggio chiuso può essere ottenuto con punture ripetute eseguite con un trequarti e un apparecchio aspiratore o meglio con un drenaggio permanente a sifone, messo a tenuta nel cavo pleurico e con un dispositivo idraulico che impedisca all'aria l'ingresso nella pleura. Basta un tubo che peschi in un vaso con liquido. In questa maniera si potrà

anche, sollevando il recipiente, fare dei lavaggi nel cavo pleurico con liquidi antisettici, specie nei casi in cui esistono membrane che otturino il drenaggio.

Se si pratica una toracotomia il pus deve defluire da una apertura piccola. Non occorre che questa corrisponda al punto più declive. È da preferire la resezione della 7ª, 8ª o 9ª costola sulla ascellare posteriore. I risultati migliori si ottengono quando si associ alla toracotomia la differente pressione e si applichi poi un drenaggio a tenuta.

Un trattamento particolare richiedono gli empiemi che sopravvengono nel decorso di pneumotoraci per tbc. In questi casi bisogna addottare il semplice svuotamente. Queste forme hanno tendenza alla formazione di estese aderenze e perciò tendono a una retrazione che è opportuno favorire con una toracoplastica anche parziale, delle prime 8-9 costole. Più gravi sono gli empiemi che insorgono per la trasformazione di essudati pleuritici tubercolari in pus. In questi casi si cominci con il drenaggio con aspirazione e appena è possibile si pratichi una toracoplastica estrapleurica. La stessa cura è indicata negli empiemi che insorgono per rottura di una caverna e che si accompagnano a fenomeni gravissimi, spesso mortali.

VALDONI.

Sulla conoscenza delle cisti congenite tracheo-bronchiali del polmone.

(MELCHIOR. *Zentr. Blatt f. Chir.*, 1929, n. 42).

La conoscenza delle cisti tracheo-bronchiali che si sviluppano nel polmone o nel mediastino e che interessavano gli anatomopatologi ha ora un interesse pratico dopo che Sauerbruch ha dimostrato che le bronchiectasie possono avere importanza per lo sviluppo di esse. Ma anche esse possono presentarsi clinicamente sotto il quadro di un ascesso polmonare o di un empiema pleurico saccato. Sauerbruch ne ha operato 7-8 casi di questa categoria.

L'A. ha osservato un caso in una bambina di 8 anni che inviata per sospetto di tubercolosi per uno stato generale scadente presentava nell'apice del polmone sinistro ipofonesi con ombra radioscopica intrapolmonare. Essendo state negative le ricerche per l'echinococco fu posta diagnosi di dermoide e con narcosi eterica sotto pressione venne operata.

Con taglio arcuato sulla scapola e distacco di essa fu resecata la 5ª costola per 12 cm. aperta la pleura e tra il lobo superiore e l'inferiore fu rinvenuto un tumore quanto una piccola mela, pulsante, intimamente connesso col polmone. Venne isolato dal polmone e dall'aorta su cui era addossato ed asportato e la ferita suturata lasciando un drenaggio. La bambina guarì. La diagnosi di cisti dermoide veniva confermata dal rinvenimento di una sostanza verdastra come poltiglia dermoide e dall'esame istologico della parete che dava epitelio piatto con ghiandole accessorie.

Il numero di queste cisti dermoidi asportate operativamente è finora ristretto.

Ma venne posto un dubbio durante una dimostrazione clinica dal prof. Mathias, anatomo-patologo di Breslavia, che trovava insolita la trasparenza per una cisti dermoide e pensava che la cisti avesse una origine bronchiale. Ciò venne confermato da nuovi tagli istologici coi quali si rinvennero oltre l'epitelio piatto in uno strato più profondo delle caratteristiche ghiandole mucose circondate da fascetti di muscoli lisci.

Per una distinzione da una cisti dermoide si aggiungeva ancora la mancanza nella parete di bulbi piliferi, ghiandole sebacee, grasso ecc.

Quanto alla presenza dell'epitelio piatto il Mathias crede che si tratti di una metaplasia dell'epitelio bronchiale che si ha spesso nelle bronchiettasie e nelle caverne. Del resto in altri preparati furono trovati molti epiteli cilindrici da Schmincke (Heidelberg).

Quindi è verosimile che l'origine sia da porsi nell'albero tracheo-bronchiale. Cisti di questa specie sono state descritte da Joel, Gold, Mathias e Schmincke.

La somiglianza con le cisti dermoidi è grande e forse è comune il modo di originarsi.

R. BRANCATI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

L. ASCHOFF. *Anatomia Patologica.* 2ª ed. ital. sulla 7ª orig., II vol. in-8° di pagg. 1150. Unione Tip. Ed. Torinese. Torino, 1930. L. 180.

La seconda edizione di quest'opera notevolmente arricchita di figure, in gran parte a colori, è stata eseguita a cura del prof. Fabris dell'Università di Genova.

Naturalmente è stata aggiornata secondo i dati delle più recenti ricerche sperimentali, ma la materia è esposta sempre in modo chiaro e comprensivo, sì da rappresentare il libro un'ottima e completa guida consultiva per il medico pratico che desideri chiarire dei dubbi o attingere nozioni dimenticate, senza dover ricorrere ad opere troppo vaste.

Il largo consenso con cui fu accolta in Italia la prima edizione di quest'opera non potrà certo mancare a questa nuova edizione, che si presenta fra l'altro in ottima veste editoriale.

A. P.

E. CHRISTELLER. *Atlas der Histotopographie gesunder und erkrankter Organe.* Lipsia, G. Thieme, ed.

E. Christeller, anatomo-patologo ben noto per vari lavori fra cui quello sulle malattie delle ossa, ha recentemente messo in evidenza i vantaggi sia dal punto di vista puramente scientifico, sia da quello clinico; di poter studiare le alterazioni dei vari organi con un metodo che riunisca, almeno in parte, i vantaggi dell'osservazione macroscopica e di quella istomicroscopica. Con la prima si ha una migliore visione d'insieme dell'organo leso, delle parti a cui il processo è più specialmente localizzato; con la seconda si possono studiare meglio i particolari e le alterazioni cellulari poste in risalto dalle colorazioni e dalle reazioni istochimiche. Già in vista di questi vantaggi si erano ottenute nell'encefalo e nel midollo, trattati con l'impregnazione argentica o col metodo di Weigert, sezioni complete che davano una buona visione d'insieme.

L'A. ha esteso il metodo e l'ha reso semplice ed esatto. Consiste, essenzialmente, nel fissare gli organi in formalina per 2-3 giorni, nel sezionarli al microtomo congelatore, nell'includerli in celloidina per poterli colorare con i comuni metodi di ematossilina-eosina, orceina, van Gieson carminio, ecc., dopo di che vengono disidratati, rischiarati e inclusi in balsamo. Con questo metodo, che egli chiama di istotopografia, ha sottoposto a studio i principali organi del corpo e le loro alterazioni più note, e le ha riprodotte in tavole a tricromia, veramente bellissime per esattezza di disegno, per vivacità di colore, per il rigore con cui sono state impresse. Accompagnano le tavole brevi e chiari cenni sintetici che lumeggiano le alterazioni dimostrate dal preparato. Per ciascuna sezione si ha generalmente una riproduzione ad 1 diametro e mezzo ed una a 70-80 diametri.

Si tratta adunque di una pubblicazione veramente interessante e utile non solo all'anatomo-patologo, ma anche per la consultazione del pratico.

V. GHIRON.

Traité de Physiologie normale et pathologique. Pubblicato sotto la direzione di G. ROGER. Tom. VIII: *Physiologie Musculaire. Chaleur animale.* Vol. di 742 pagg. con 186 fig. Masson & C. Paris, 1930. Fr. 95.

Questo volume del magnifico Trattato di Fisiologia francese contiene una serie di interessanti articoli redatti da Lapique sui muscoli, da Bourguignon sulla classificazione funzionale dei muscoli per la cronassia, da Weiss sui principi generali della meccanica e del calore, ecc. Interessanti pure, sopratutto per i medici, appaiono gli altri capitoli sulla fatica, sul freddo, sulla febbre, sul tessuto osseo e sull'ossificazione.

Tutti questi argomenti naturalmente sono messi a giorno, in base alle più recenti ricerche cliniche e sperimentali, per cui questo volume del Trattato sarà accolto con favore da tutti coloro che s'interessano della fisiologia moderna.

A. P.

G. MARANON. *Trabajos del servicio de patologia medica del hospital general de Madrid.* Anno III. Un vol. in-16° di 270 pag. Ruiz Hermanos ed. Madrid, 1929. Prezzo: Pesetas 5.

È un'esposizione succinta delle osservazioni fatte nella clinica diretta dal prof. Maranon, ben noto a tutti gli studiosi; osservazioni che danno un'idea delle attuali conoscenze sugli argomenti trattati, che vengono considerati con le vedute dell'A. e tenendo conto della organizzazione di lavoro da lui istituita. Comunicazioni brevi, quasi schematiche, ma sufficienti per dare al medico un'idea chiara della materia trattata. In complesso, una casistica succinta e ben commentata, talora seguita anche da discussioni.

Ecco qui alcuni dei numerosi e svariati argomenti: acidosi ed uremia; adiposità dolorosa; la disfagia nell'aortite; aortite e tubercolosi polmonare; aborti ripetuti nel diabete; schizofrenia ed infantilismo; la sindrome anginosa nelle lesioni mitraliche; il fattore familiare nel reumatismo articolare, ecc.

Un insieme di referenze di grande utilità per il medico pratico.

fil.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

STORIA DELLA MEDICINA

OSPEDALE CIVILE DI TARQUINIA (VITERBO).

Gerolamo Mercuriale.

(Nel quarto centenario della nascita).

Dott. BOTTO-MICCA AUGUSTO, chirurgo primario



Tra le molte personalità, che la città di Forlì può vantare sia nel campo medico che nello scientifico e nel religioso, un posto di primaria importanza assume la figura di Gerolamo Mercuriale. Il nome di questa famiglia ebbe sin dall'antico delle tradizioni gloriose, poichè lo stesso patrono della città è San Mercuriale, che si divide con S. Valeriano la gloria del martirio nei primi secoli del cristianesimo.

Gerolamo Mercuriale nacque in Forlì il 30 settembre 1530 da Camillo Mercuriale e Camilla Pungetta. Studiò a Bologna e prese la laurea in medicina a Padova, ove fin dal 1552 pubblicò il « Nomothelasmus » ossia un trattatello sull'allattamento dei bambini (Morgagni: *Epist. Aemil.*, ep. 11, n. 11 etc.; cfr. Botto-Micca: « Il Nomothelasmus » in *La pediatria del medico pratico*, 1930). Tornato in patria esercitò l'arte medica, mostrandosi non solo assiduo nel curare i malati, ma anche diligente traduttore dei filosofi e dei medici greci, tanto che venne da tutti chiamato non più « Mercuriale », ma « figlio di Mercurio » come antonomasia per la sua intelligenza (Tommasini: *Illustr. virorum elogia*, pag. 147). Egli seppe conquistarsi tanto la stima dei suoi compatriotti che questi, per dargliene una prova, lo inviarono nel 1562 a Roma per una missione speciale alla corte di Pio IV. In tale occasione, stabilitosi in Roma, salì in tal fama per la sua abilità medica che nel 1563 ottenne i privilegi e gli onori della cittadinanza romana (Marchesi: *Vita III, Foroliv.*, p. 192). Intanto, cedendo alle sollecitazioni del Cardinale Farnese, il Mercuriale dimorò in Roma per sette anni, salvo qualche corta assenza, come dimostra la lettera personale inviata dalla Sicilia in occasione della morte di Onofrio Panvinio nel 1568 (Lagomarsini, in *Note ad Epist. Pogiani*, v. IV, p. 93). Tutto questo tempo di permanenza romana diede al Mercuriale la possibilità di dedicarsi alla cultura letteraria, all'insegnamento della medicina e soprattutto alla redazione del suo trattato sulla ginnastica degli antichi, opera che gli procurò una grande riputazione e lo fece nominare nel 1569 Professore nell'Università di Padova da parte della Repubblica di Venezia collo stipendio annuale di 600 fiorini (Facciolati, *Fasti*, p. III, pag. 322). Il 9 novembre dello stesso anno il Mercuriale iniziò le sue lezioni all'Ateneo di Padova (Speroni, *Opera*, t. V, p. 352).

Frattanto sia a causa del suo corso sia per il fortunato esercizio della sua professione la fama del Mercuriale andò aumentando notevolmente, tanto che nel 1573 venne chiamato a Vienna dall'imperatore Massimiliano II, il quale, desideroso di consultarlo sulla sua salute, gli diede per ricompensa il titolo di Conte Palatino (10 ottobre 1573). Ritornato a Padova si vide nel 1575 aumentato lo stipendio a 900 fiorini e nel 1581 a 1250, somma non mai raggiunta dagli altri medici insegnanti e che gli venne data, perchè egli non accettasse le diverse offerte, che gli venivano fatte dal Papa e dalle altre Università.

Il Facciolati (*l. c.*) racconta che nel 1576, essendosi destato in Venezia qualche sospetto di pestilenza ed essendo colà stati consultati il Mercuriale ed il Capivaccio, onde dichiarassero il loro parere sul pericolo di siffatta epidemia, ambedue affermarono che non vi era da temere alcun contagio. Ma, essendosi poi questo sviluppato, i due medici furono assai biasimati ed il Mercuriale, vedendosi decaduto nella stima popolare, preferì accettare le offerte in altre città.

Questo racconto però non ha favorevoli le testimonianze cronologiche, giacchè il Forlivese stette ancora a Padova altri dieci anni e solo nel 1587 (nel 1581 come si è visto ebbe un aumento di stipendio) passò all'Università di Bologna, come testimoniano l'Alidosi (*Dott. Forast.*, p. 45) ed il Paleotti in una lettera a Latino Latini del 4 novembre 1587 (Latinii: *Epist.*, v. I, p. 321). Nella città felsinea, ritrovo in quel tempo dei sapienti d'Europa, il Mercuriale seppe tenere degnamente il suo posto, occupando con splendore la sua cattedra coll'abilità di unire la teoria alla pratica.

Secondo l'Alidosi, dopo soli sei anni di permanenza in Bologna, il Mercuriale lasciò questa Università per recarsi in quella di Pisa, accettando le offerte del Granduca di Toscana, Ferdinando de' Medici, il quale gli assegnò uno stipendio anticipato di 180 scudi d'oro ed uno annuo di 2000. Ivi egli si trattenne per 14 anni sin quasi al termine della vita (Eritreo: *Pinacoth.*, p. I, pag. 149). Sentendosi già invecchiato si ritirò in Forlì, ove venne a morte in seguito a calcolosi renale nell'autunno del 1606. Fu con molto onore seppellito nella chiesa di S. Mercuriale e nella stessa cappella, che egli aveva magnificamente innalzata a sue spese (Tiraboschi: *St. d. letter. ital.*, v. VII, p. II, pag. 62).

***

Mente feracissima, cultura profonda, ingegno quanto mai sveglio, il Mercuriale diede alle stampe un numero considerevolissimo di

opere, di cui alcune vennero per molto tempo ritenute come testi di importanza capitale.

Seguendo l'ordine cronologico, il primo trattato, che il Mercuriale dette alle stampe, è il « Nomothelasmus » (derivazione etimologica dal greco significante « norma dell'allattare »), in cui l'A., rivolgendosi sotto forma di lettera ad un suo amico avvocato, Francesco Pauluzzo, padre da poco, gli dà i suggerimenti necessari per allevare bene il neonato. Compaiono già in questo opuscolo i primi segni di quell'erudizione greco-latina, che rappresentano una delle virtù principali del Forlivese nelle altre sue opere. I consigli dettati, pur essendo scritti in forma piana e comprensibile dall'amico, profano di scienza medica, contengono regole, che sono tuttora preferite da molti pediatri: quali l'allattamento materno migliore di qualsiasi altro, l'astenersi dal somministrare rimedi al neonato, l'igiene della nutrice, mentre peraltro in altre parti l'A. si dimostra sensibile agli usi dell'epoca, come nel dare il latte ogniqualvolta il bimbo pianga, ecc. Nel complesso però, tenendo calcolo che questo trattatello venne scritto all'età di 22 anni prima ancora di laurearsi, non si può che considerarlo come un segno premonitore del suo ingegno in via di sviluppo e che si dimostrerà in tutta la sua potenza nelle opere posteriori.

Il « De arte gymnastica » (libri VI) venne in ogni tempo considerato come lo scritto più importante del Mercuriale. Leggendo infatti questo libro si resta sorpresi dalla somma di cognizioni antiche, che l'A. andò raccogliendo in ogni luogo ed in molti libri greci e latini, specialmente nel periodo della sua vita romana. Quest'opera rappresenta una vasta compilazione, fatta basandosi sui monumenti, sulle opere edite e sui manoscritti, riguardanti la ginnastica presso gli antichi e tutti gli esercizi o giuochi, a cui questi si dedicavano. In questo trattato, più che in tutti gli altri, risalta fortemente la grande ammirazione, che il Mercuriale porta per gli antichi e che è tanto sentita da farlo cadere in un errore di conservatorismo ossia nel biasimo di tutti gli esercizi moderni, compresa l'equitazione, basandosi perciò su di un passaggio di Ippocrate. Del resto l'A. considera la ginnastica non solo come un esercizio, che abbellisce il corpo, ma come un vero metodo terapeutico, specialmente quando esso è unito convenientemente al bagno: in questo sta appunto uno dei grandi meriti del Mercuriale, quello cioè di aver segnato a grandi linee, pur basandosi su precetti antichi, i principii scientifici moderni della terapia fisica.

Nei « Variarum lectionum », libri IV, il Mercuriale continua a far sfoggio della sua profonda cultura greco-latina, e di queste due lingue in particolare, inserendo una notevole quantità di correzioni, di spiegazioni e d'interpretazioni dei passi oscuri, interpolati od alterati nelle opere di 122 scrittori dell'antichità, medici, filosofi, poeti, storici.

Si giunge così alla prima opera medico-critica del Mercuriale: la « Censura et dispositio operum Hippocratis » in cui l'A., sostenendo una fatica non lieve, discusse l'autenticità dei libri ippocratici, creò un sistema particolare sopra questo punto difficile, studiando il testo e dando una traduzione latina, che non rappresenta una semplice versione letterale, ma il tentativo più ammirevole di interpretazione delle opere greche. Circa la disposizione e la censura delle opere ippocratiche il Mercuriale la divide in quattro classi: la prima, contenente i trattati, che portano l'impronta della dottrina e dello stile di Ippocrate e che furono da lui perfezionate e quindi le genuine; la seconda comprendente note prese dal medico di Coo, ampliate ed estese dai suoi figli e da suo genero; la terza quelle compiute dai suoi discepoli e contenenti i principii della scuola; la quarta formata dalle opere spurie ossia non appartenenti nè ad Ippocrate nè alla sua scuola. Il criterio, che guida il critico è oltre la lingua, lo stile, che si avvicina a quello omerico: tendenza a formar nuove voci, stile breve ed oscuro, frasi gravi nella parola e nella distribuzione, sentenze concise e tendenti ad esprimere la verità.

Rappresenta questo uno dei più ammirevoli esempi di tentativo critico su Ippocrate e la sua riuscita diede luogo a non poche discussioni, giacchè se taluno lo loda (Puccinotti: *St. d. med.*, v. I, p. 291), altri gli trova a ridire (Sprengel: *Storia pram. d. med.*, v. II, p. 383). Comunque sia, è questo un tentativo non solo lodevolissimo, ma degno della massima ammirazione, specialmente quando si pensa che sino a quest'epoca non era accettata circa il codice ippocratico altra cronologia che quella svolta da Galeno e dimostrante che i libri di questa collezione erano solo da attribuirsi ad Ippocrate od ai suoi discendenti. Spetta quindi al Mercuriale aver nettamente iniziata la campagna contro questa falsa attribuzione, dando origine a quella selezione critica, che, principiata dal Costeo, si venne ampliando e definendo in maniera quasi sicura negli storici della medicina del secolo scorso.

All'opera suddetta il Mercuriale fece seguire le « Hippocratis Coi opera quae extant omnia, graece et latine... », in cui l'A. di questa traduzione si mostra profondo filologo, per quanto talora pecchi forse di esagerato arbitrio.

La vasta mente e la cultura profonda del Mercuriale lo spinsero a tentare nuovi soggetti nei vari campi della medicina, ma in tutti questi trattati, eccetto alcuni, egli non mostra più un'originalità di concetti, bensì il frutto della sua erudizione ossia il riuscito tentativo di riunione abile dei principii medici grecolatini ed arabi. Ma in questa opera il Mercuriale più che altro contribuì al consolidamento della medicina greca, alla perfetta cognizione dei classici ed all'abbandono della medicina barbara, specialmente con due libri, il « Repugnantia, qua pro Galeno strenue pugnatur » ed il « De ratione discendi medicinam epigraphe ».

Nel campo della dermatologia il Mercuriale scrisse un trattato « De morbis cutaneis et omnibus corporis humani excretionibus... », in cui si trova una descrizione della pelle e delle parti adiacenti, ma che contiene per lo più le dottrine degli antichi.

Due libri sulla peste « De pestilentia lectiones » ed il « Tractatus de maculis pestiferis et hydrophobia », nei quali il Mercuriale mette in evidenza i sintomi raccolti durante l'epidemia del 1557, complicata con tosse convulsiva. Questi sintomi erano un grave dolore di capo, con dispnea e voce roca; quindi sopravvenivano brividi, febbre e tosse così forte da sembrare soffocante. Nei primi giorni la tosse era secca, forte, senza escreato, ma dal settimo al decimoquarto giorno appariva abbondante catarro denso in taluni, in talaltri più tenue. Tosse e dispnea così diminuivano, ma rimanevano la stanchezza del corpo, l'abbattimento delle forze, l'inappetenza ed alcuni infermi erano colpiti da inquietezza, languore e veglie ostinate; in molti verso la fine si manifestava la diarrea, in altri sudori abbondanti. Questa per sommi capi la descrizione dei sintomi della peste data dal Mercuriale, il quale fa inoltre un'esatta descrizione delle malattie cutanee.

Il Forlivese si dedicò anche alla ginecologia, nella qual scienza si può dire abbia ottenuto in quel tempo un vero primato. Il suo libro infatti « De morbis muliebribus... », pur contenendo una gran somma di cognizioni, che l'A. seppe chiaramente scegliere fra quelle degli antichi, rappresenta il primo libro ostetrico-ginecologico, nel quale tale ramo dell'arte medica viene riguardato scientificamente e sotto questo aspetto non è assurdo considerare il Mercuriale come il precursore della ginecologia moderna. In questo libro l'A. espone in una maniera assai interessante i sintomi della vera e della falsa gravidanza, considera come nocivo l'uso del salasso e del coito per la donna incinta, ecc... tutte opinioni, che egli corrobora non solo con testimonianze di scrittori antichi, ma con nuovi concetti espressi per la circostanza.

Il Mercuriale trattò anche la pediatria col suo libro « De morbis puerorum... » in cui ad uno sfoggio di grande erudizione classica unisce l'esposizione delle varie malattie interne ed esterne dei bambini, talora con lunghe disquisizioni sulle cause di certi sintomi o sull'eziologia della malattia stessa; tutto ciò in uno stile latino dei più puri, degno veramente di un cultore dell'antichità (cfr. Botto-Micca: *Ger. Mercuriale pediatra* in « La pediatria del medico pratico », 1930). Anche in questa scienza il Forlivese seppe impostare le sue descrizioni su basi scientifiche. I suoi pochi predecessori in tale campo avevano riportate le idee degli antichi testualmente, aggiungendo ben poche novità: così il Bagellardo aveva copiato integralmente Razes, Michelangelo Biondo ne aveva tratte la maggior parte di notizie, così si dica di Leonello Vittorio e di Omobono Ferrario. Il Mercuriale non si accontenta di copiare, ma discute le varie opinioni dei diversi autori per ciascun argomento, smentendo talora colla prova dei fatti o colla forza del ragionamento e della logica le loro asserzioni. Sotto questo aspetto quindi il « De morbis puerorum... » è da considerarsi il primo vero trattato scientifico di pediatria.

Dove invece il Mercuriale lascia trasparire tutta l'influenza della scuola medica araba è la materia medica. Ad essa egli dedica due libri: il « De venenis et morbis venenosis... » ed il « De compositione medicamentorum... » oltre a parecchi periodi delle sue lezioni. Lo spirito della produzione araba su questo soggetto si mostra evidente nè si trovano delle cose originali. Fra le altre asserzioni v'è quella che i veleni possono assolutamente nutrire, purchè il corpo sia abbastanza forte e ciò si dimostra nel vedere molte persone, che prendono senza danno del veleno.

Dopo un trattato di oculistica e di otologia: « De oculorum et aurium affectibus... » che non presenta nulla di particolare, veniamo alle sue ultime opere, di tempo, ma non certo di importanza. Anzitutto vi sono i quattro tomi « Responsorum et consultationum medicinalium » in cui il Mercuriale consiglia, secondo la dottrina araba, una serie di composizioni molto complicate ed indica regole dietetiche, talora esageratamente sofistiche. Per le malattie croniche si serve degli umettanti e dei rinfrescanti, limita il salasso ai piedi nei soli casi, in cui favorisse la derivazione, come credeva avvenisse nell'amenorrea pei vasi dell'utero. Fra le non molte importanti osservazioni originali di questo libro vi è quella della generalizzazione dell'ipocondria cagionata dal lusso sempre crescente, delle lussazioni da cause interne, della soverchia movibilità della lingua e della febbre petecchiale.

Dopo un libro di medicina pratica « Medicina practica... » sono ancora da considerare le « Praelectiones ». Esse sono tre: le « pisanae », le « patavinae » e le « bononienses » e svolgono tutte temi di argomento ippocratico. Nelle prime infatti il Mercuriale spiega e commenta i libri ippocratici dei « prognostici, dei prorretici, della dieta nelle malattie acute e delle storie epidemiche »; nelle padovane commenta gli « Aforismi »; nelle bolognesi spiega il secondo libro degli epidemici. Fra le tre le più importanti sono le patavine, che sono da considerarsi come un tesoro di fatti raccolti con un lusso di erudizione, non solo dalla antichità classica, ma anche dagli osservatori più vicini di tempo. Il Mercuriale dimostra che molte antiche narrazioni, le quali sono ritenute per favolose non esprimono che malattie; per esempio il racconto in Plinio ed in Erodoto che alcuni popoli della Scizia ogni anno si cambiavano in lupi; in Pausania che il pugilatore Demarco fu lupo per dieci anni, che Nabuccodonosor fu convertito in bue ed in

fiera..., secondo il Mercuriale non sono che casi di licantropia.

Oltre alle opere esaminate il Forlivese lasciò ancora delle altre pubblicazioni di minor importanza, che vennero edite sotto il titolo: « Opuscula aurea et selectiora ».

***

La vasta opera letteraria del Mercuriale, superante le venticinque pubblicazioni (libri e trattati), serve non solo col suo numero considerevole di scritti a dare un'idea dell'operosità del Forlivese, ma col contenuto a dimostrarne l'alta dottrina medica e letteraria, e collo stile la sua profonda erudizione classica e filologica. Queste sue virtù vennero anche riconosciute dagli stranieri; ne fa fede il « Dictionnaire des Sciences médicales » (v. VI, p. 256), che afferma come « les nombreux ouvrages, qu'il a laissés,... attestent son grand savoir et sa profonde érudition ». Il Bouchut poi (*Hist. de la méd.*, v. I, p. 540) dedica un capitolo al Mercuriale, ricordando come, dopo il primo uso esterno delle cantaridi come vescicanti da parte di Archigene, Ezio ed Areteo, l'impiego di tali animali era caduto in disuso nella terapeutica; fu precisamente il Forlivese a rimettere in onore il vescicante di cantaridi, servendosi in più casi di febbre putrida. Ma il successo, non avendo risposto alla sua attesa, il Mercuriale dovette rinunziare al suo nuovo metodo, che però un secolo più tardi per opera del Rivière e dell'Ettmüller veniva definitivamente stabilito nella pratica comune.

L'Eritreo (*Pinacoth.*, p. I, pag. 149 segg.) parla con calde parole della rara dottrina del Mercuriale nell'arte medica, nella filosofia, nell'astronomia e ne esalta gli adamantini ed innocenti costumi e la singolare pietà.

Il Mureto mostra di avere in grande stima il Forlivese e la testimonia in modo particolare in una lettera, che egli risponde al Mercuriale in seguito alla richiesta da parte di questo di un suo parere su di un passo di Ippocrate. Lo scrittore non esita ad anteporre il valore dell'opinione del Forlivese alla sua colle seguenti parole: « Quod si tibi quoque ita videtur, non dubito quin verum sit... nunquam mihi dubium erit quin tua sententia verior sit (mea)... ».

Dinnanzi a questo concorde riconoscimento dell'alto valore scientifico del Mercuriale non resta a noi, nel quarto anniversario della sua nascita, che ammirarne l'ingegno, l'erudizione e la semplicità dei costumi, ripetendo la frase che il Paleotti il 31 gennaio 1588 scrisse in una lettera al Latini, dandogli la notizia della sua vita in comune col Forlivese (Latinii: *Epist.*, v. I, p. 348).

In questa ricorrenza ripetiamola anche noi, Italiani, ad onore e gloria di uno dei più vasti e colti ingegni del secolo XVI: « O quanta hominis eruditio, quam suavissimi mores! ».

BIBLIOGRAFIA.

ALIDOSI. *Li dottori forastieri che in Bologna hanno letto teologia, filosofia, medicina e arti liberali.* Bologna, Tebaldini, 1623.

BERTACCINI. In Atti Soc. Ital. storia crit. di sc. med. e nat. Faenza, 1909, p. 65-67.

BOERNER F. *Dissert. de vita et scriptis Hier. Mercuarialis.* Brunswick, 1751.

BOUCHUT E. *Hist. de la méd. et des sciences méd.* Paris, Baillière, 1873, voll. 2.

Chirurgia degli organi di movimento. Bologna, 1918, II, pp. 259-274.

DE RENZI SALVATORE. *St. della med. in Italia.* Napoli, Filiatre-Sebezio, 1846, voll. 5.

Dictionnaire des sciences médicales. Paris, Panckoucke, 1824, voll. 7.

ELOY. *Dictionnaire hist. de la médecine.* Liegi, 1755, voll. 2.

ERITREO. *Pinacotheca.*

ERODOTO. *Historiarum libri IX.* Lipsia, Teubner, 1890-91, voll. 2.

FACCIOLATI, JACOPO. *Fasti gymnasii patavini.* Padova, Manfrè, 1757, 3 parti in 1 vol.

FIESSINGER CH. *La thérap. de J. Mercuriale.* In *Thér. des vieux maîtres.* Paris, 1897, pp. 83-89.

HAASE C. A. *Das Shottern.* Berlino, 1846.

LAGOMARSINI. V. POGIANI.

LATINII. *Epistolae, conjecturae et observationes.* Roma, Tinassio, 1659-67, 2 t. in 1 v.

MARCHESI SIGISMONDO. *Vita III Forliv. 191.* Forlì, Selva, 1678.

MERCURIALE GEROLAMO. *Nomothelasmus seu ratio lactandi infantes.* Padova, 1552.

ID. *Repugnantia, qua pro Galeno strenue pugnatur.* Venezia, 1572.

ID. *Variarum lectionum libri IV in quibus quam plurium maxima medicinae scriptorum infinita pene loca vel corrupta restituuntur vel obscura declarantur.* Venezia, 1570.

ID. *De arte gymnastica libri VI.* Venezia, 1569.

ID. *Censura et dispositio operum Hippocratis.* Venezia, 1583.

ID. *Hippocratis Coi opera quae extant omnia graece et latine veterum codicum collatione restituta, novo ordine in IV classe digesta.* Venezia, 1588.

ID. *De morbis cutaneis et omnibus corporis humani excretionibus tractatus.* Venezia, 1572.

ID. *De pestilentia lectiones.* Venezia, 1577.

ID. *Tractatus de maculis pestiferis et hydrophobia.* Padova, 1580.

ID. *De morbis muliebribus circa conceptum, partum.* Basilea, 1582.

ID. *De morbis puerorum, tractatus locupletissimi.* Venezia, 1583.

ID. *De venenis et morbis venenosis.* Francoforte, 1584.

ID. *De decoratione liber.* Francoforte, 1578.

ID. *Responsorum et consultationum med.*, t. I, Venezia, 1587; t. II, Venezia, 1590; t. III., ib., 1597; t. IV, ib., 1694; ib., 1620-1624, 4 vol.

ID. *De composistione medicamentorum tractatus.* Venezia, 1590.

ID. *De oculorum et aurium affectibus praelectiones.* Fran., 1591.

ID. *Praelectiones Pisanae.* Venezia, 1597.

ID. *Medicina practica...*, libri V, Francoforte, 1601.

ID. *In omnes Hipp. aphorismos libros prael. patavinae.* Bologna, 1619.

ID. *Praelec. Bononienses in Hipp.* Forlì, 1626.
ID. *De ratione discendi medicinam epigraphe.* Strasburgo, 1607.
ID. *Opuscula aurea et selectiora.* Venezia, 1644.
MORGAGNI G. B. *Epistolae Anat.* Lugduni Batav., 1728.
MOSCUCCI A. In *Clinica e pratica.* Treviglio, 1906, III, pp. 290-294.
MUNSTER J. *Discussio eorum.* Françoforte, 1603.
MURETO M. ANTONIO. *Opera.* Verona, 1727-30, v. 5.
NICERON. *Mémoires pour servir à l'hist. des hommes illustres.* Paris, 1727-45, t. 43 in 44 voll.
PAPADOPOLI. *Hist. Gymn. Patav.* Venezia, Coletti, 1726, voll. 2.
PAUSANIA. *Graeciae descriptio.* Lipsia, Teubner, 1903, voll. 3.
PLINIO CAIO SECONDO. *Naturalis Historia.* Lipsia, Teubner, 1892, voll. 5.
POGIANI GIULIO. *Epistolae et orat. coll. a* LAGOMARSINO. Roma, Salomonio, 1756-63, v. 4.
PORTAL H. *Hist. de l'anat. et de la chirur.* Paris, Didot, 1770, voll. 7.
Revue gén. de clin. et de thérap., Paris, 1919, XXXIII, p. 1057-1062.
SPERONI SPERONE. *Opera.* Venezia, Occhi, 1740, voll. 5.
SPRENGEL CURZIO. *St. pram. d. medic.*, trad. ARRIGONI. Firenze, Tip. d. Speranza, 1839, v. 9.
TIRABOSCHI GEROLAMO. *St. d. letter. ital.* Milano, Tip. Classici Ital., 1825, voll. 8.
TOMASINI GIAC. FIL. *Illustr. virorum elogia.* Padova, Pasquardo, 1630.
VAROLIO COSTANZO. *Anatomiae...*, libri IV. Francoforte, 1591.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 13 aprile 1930.
Presidenza: Prof. PIETRO SISTO.

Capacità vitale e frenico-exeresi.

Dott. A. CAVAZZUTI. — Secondo l'O. la frenicoexeresi negli ammalati di tubercolosi polmonare produce in alcuni casi diminuzione permanente della capacità vitale ed in altri casi invece l'aumento della capacità stessa. L'aumento della capacità vitale è l'espressione della migliorata ventilazione polmonare delle parti sane in seguito al processo di guarigione delle zone infiltrate dal processo tubercolare per causa del riposo funzionale stabilito dalla exeresi del frenico. La diminuzione invece della capacità vitale è l'espressione di un fatto meccanico di comprensione del polmone ammalato, al quale viene sottratta per ciò una porzione di parenchima ancora funzionante e può essere pure l'espressione del progredire del processo morboso ed il manifestarsi di questo nel polmone contro-laterale se il medesimo prima ne era immune. L'O. conclude che la capacità vitale è anche un prezioso mezzo pronostico per saggiare l'efficacia o meno della frenico-exeresi come mezzo terapeutico della tubercolosi polmonare.

La pielografia con l'Uroselectan.

Prof. V. GIOVETTI. — Mentre la visualizzazione delle vie urinarie coi mezzi opachi introdotti per via retrograda è ormai di dominio comune e tutti i medici già ne conoscono le indicazioni e i risultati, da non molti invece è conosciuto un nuovo metodo col quale il mezzo di contrasto è introdotto per via endovenosa. L'O. che fra i primi in Italia si è occupato dell'argomento, ricorda brevemente la storia della pielografia endovenosa, che dopo lunghi studi e tentativi iniziati nel 1923 ha potuto ottenere finalmente risultati pratici negli ultimi mesi del decorso anno per merito di Lichtenberg e Swick. Questi AA. sono riusciti a trovare un preparato, l'« uroselectan » che pur contenendo una enorme quantità di iodio (42 %) non arreca per la sua perfetta combinazione organica alcun disturbo al paz. mentre dà una nitida visione radiografica. L'O. presenta una numerosa casistica riccamente documentata con interessanti radiogrammi, dalla quale appare evidente l'utilità del metodo, che renderà grandi vantaggi nello studio dell'apparato urinario in tutti i suoi segmenti. A tale proposito si domanda se non fosse più corretto dire urografia anzichè pielografia.

L'O. che non ha inteso che di portare un primo contributo all'interessante studio, che certamente aprirà nuovi orizzonti di ricerche, vuole confermare la completa innocuità del metodo, assicurando colla sua esperienza che nessun inconveniente può esser dato dall'uroselectan, che potrà essere usato con piena tranquillità anche in malati gravi.

Su di un caso d'avvelenamento da nitro-benzolo guarito.

Dott. F. CORFINI. — L'O. riferisce su di un caso di avvelenamento da nitrobenzolo con sito in guarigione osservato nella Clinica Medica di Modena. Si è trattato di un soggetto che aveva ingerito per errore mezzo bicchierino circa di essenza di mirbana. L'O. si intrattiene sulla diagnosi differenziale fra avvelenamento da nitrobenzoli e quello da prussiati, sulle modificazioni apportate dai nitrobenzoli sul sangue e a questo proposito, sulla scorta del proprio caso, conclude che l'essenza di mirbana non agisce soltanto come emolizzante, ma che esercita anche un'azione inibitrice protoplasmatica sugli scambi gassosi, senza tuttavia alterare l'emoglobina, nel senso di una trasformazione in metaemoglobina. Terapeuticamente l'O. usò con risultati soddisfacenti l'ossigeno per via sottocutanea.

Il Segretario: Prof. G. MARGRETH.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Sedute del 5 marzo e del 2 aprile 1930.
Presidenza: G. PIERI, presidente.

Il trapianto osseo nelle fratture dei corpi vertebrali.

Prof. G. PIERI. — L'O. nei casi di frattura dei corpi vertebrali senza sintomi nervosi, invece del comune procedimento di immobilizzazione con apparecchi gessati, che non sempre dà risultati soddisfacenti, ha adottato il trapianto osseo alla Albee; esso evita l'azione del carico sui corpi vertebrati fratturati, e immobilizza le piccole articolazioni rachidee entrate in sofferenza per l'alterata statica vertebrale.

Presenta 3 pazienti nei quali l'operazione data da un tempo sufficientemente lungo per giudicare dei risultati (6, 5 e 3 anni); la guarigione così ottenuta si può dire perfetta: tutti e tre gli operati hanno ripreso le loro faticose occupazio-

ni abituali senza alcuna apprezzabile invalidità residuale.

In un caso di malattia di Kümmell-Verneuil secondaria a frattura della 3ª vertebra lombare verificatasi 7 anni prima, l'O. è intervenuto col trapianto osseo; l'operazione data da 5 anni, e il risultato è non ottimo come quello ottenuto nelle fratture recenti, ma discreto; è scomparsa la dolorabilità al carico e nei movimenti, ma persistono dolori irradiantisi agli arti inferiori a tipo radicolare (da stenosi dei forami di coniugazione?).

Incoraggiato da questi risultati, e impressionato d'altra parte dalla comparsa o peggioramento del gibbo nei casi di antiche laminectomie praticate per fratture vertebrali con sintomi nervosi da compressione, l'O. recentemente ha esteso anche a questi casi l'indicazione del trapianto osseo come atto operatorio complementare alla laminectomia decompressiva, allo scopo di assicurare la statica rachidea.

Forme non frequenti o mal note di appendicite.

Prof. G. COLLE. — Illustra due forme di lesione appendicolare; una determinata dalla insufficienza della valvola ciecoappendicolare e rappresentata da alterazioni della parete (atrofia della muscolatura, diminuzione o scomparsa dei follicoli linfatici, trasformazione persino dell'epitelio, che diventa uguale a quello del colon), spesso associata a distensione, mobilità e atonia del cieco; e un'altra, derivata da elminti; l'una e l'altra spesso degne dell'intervento, perchè accompagnate da quadri clinici a volte imponenti, per quanto non possano includersi nella classe dell'appendicite, mancando di fenomeni flogistici veri e propri, o dei loro esiti.

Simpatectomia periarteriosa nei dolori degli arti da emiplegia cerebrale.

Dott. G. BOMBI. — In due pazienti con emiplegia cerebrale che presentavano vivi dolori a livello degli arti del lato paralizzato, i quali si erano dimostrati ribelli a tutti i trattamenti, l'O. pensò di praticare la simpatectomia dell'arteria principale dell'arto.

In uno dei due pazienti, uomo di 62 anni, emiplegico da poco più di un anno, in cui i dolori erano prevalenti all'arto superiore, fu praticata la simpatectomia della omerale, ed egli ebbe dall'operazione un beneficio notevole, che durò fino alla sua morte verificatasi circa un anno dopo. Nel secondo paziente i dolori erano ugualmente intensi sia all'arto superiore come all'inferiore, e fu praticata successivamente la simpatectomia della femorale e dell'omerale; anche questo malato ebbe un miglioramento notevole, che fu controllato per alcuni mesi (in seguito il paziente fu perduto di vista).

L'O. non si nasconde come tali sue constatazioni mal si conciliino colle vigenti idee, secondo le quali i dolori degli emiplegici sono di origine centrale e verosimilmente talamica. Si limita quindi a registrare il fatto osservato, senza tentativi di interpretazione fisiopatologica.

Psicosi epilettica secondaria ad emorragia traumatica subdurale.

Dott. M. MANTOVANI ORSETTI. — In un giovane di 27 anni che alcuni giorni prima era stato colpito al capo, durante il lavoro, da alcuni mattoni, erano comparsi nella notte cefalea, febbre e stato stuporoso, per cui fu inviato in Ospedale con diagnosi di encefalite, diagnosi che pareva giustificata da vari sintomi accessori (rigidità nucale, Kernig, ecc.). Ma la puntura lombare, praticata tre volte, estrasse sempre liquor sanguinolento.

Sette giorni dopo la comparsa di questi sintomi si iniziarono attacchi del tipo nettamente epilettico non jacksoniano (urlo iniziale, bava sanguinolenta, ecc.). Tali attacchi si ripeterono frequentemente per il periodo di 7 giorni (36 accessi in tutto) poi cessarono. nè più si verificarono nel periodo successivo di osservazione protrattosi per 4 anni.

L'O. pensa che lo stato transitorio di psicosi epilettica abbia potuto essere determinato dal fatto che il sangue stravasato abbia agito su tutta la corteccia come stimolo irritativo.

Inversione uterina puerperale acuta.

Prof. A. PONZIAN. — In una trentenne, pluripara, dopo un parto non avviene il secondamento e si avvia emorragia per atonia uterina. L'O. chiamato di urgenza tenta a utero contratto la manovra di Credé senza risultato, per cui si prepara per il secondamento artificiale manuale consigliato dalle gravi condizioni della paziente e dalla emorragia. Tornando alla paziente constata che la placenta fa capolino alla vulva: distaccandola si accorge che aderisce a un grosso corpo carnoso che fuoriesce con essa dai genitali, e che è il fondo uterino estroflesso. Riduzione del viscere invertito. Segue uno stato di shock, ma in definitiva la guarigione.

L'O. discute la questione dell'inversione uterina in genere, e a proposito del caso testè riferito non esclude che le manovre di spremitura e di trazione sul cordone l'abbiano favorita, ma l'ulteriore sviluppo di essa deve essersi prodotto spontaneamente. Il riconoscimento dell'inversione e il pronto intervento hanno reso facile porre riparo a un incidente che talora ha conseguenze assai gravi.

Sulla cura della cangrena polmonare.

Dott. G. M. ZANNINI. — L'O. illustra un caso di cangrena polmonare in una giovane di 26 anni, probabilmente secondaria a operazione per ipertrofia dei turbinati Poche settimane dopo febbre, dolore puntorio a destra, tosse con espettorato che divenne rapidamente fetido, e comparsa di sintomi cavitari alla base del polmone destro.

Il trattamento consistette in somministrazione *per os* di iposolfito di soda (4-5 grammi al giorno), neojacol per iniezioni endovenose (complessivamente grammi 2,50), inalazioni di olio essenziale di trementina e di iodoformio, e infine pneumotorace artificiale intensivo: complessivamente furono praticati 15 rifornimenti a pochi giorni di distanza l'uno dall'altro.

Si ottenne la guarigione clinica nel termine di 45 giorni.

Contributi radiologici alla patologia cardiovascolare.

Dott. DE AGOSTINIS. — Richiama l'attenzione sul non raro dissidio fra reperti clinici e reperti radiologici nella patologia cardiovascolare.

Egli illustra due casi di soggetti avanzati in

età che si fecero ricoverare in Ospedale per disturbi lievi dovuti a una bronchite con enfisema polmonare, e in cui la radioscopia dimostrò un voluminoso aneurisma dell'aorta discendente clinicamente muto.

Viceversa in un paziente con grave sclerosi ed ateroma aortico, e in una malata con sinfisi pericardica calcificata, esattamente diagnosticati clinicamente, l'esame radioscopico non rivelò che una modica dilatazione cardiaca.

Il Segretario: Dott. G. Locatelli.

Società di Cultura Medica Novarese.

Seduta del 10 marzo 1930.

Presiede: Bacialli.

Su un caso clinico di probabile osteopsatirosi.

Garampazzi. — L'O. presenta un ragazzo di 14 anni ricoverato in Ospedale per frattura del femore destro: antecedentemente per ben sei volte ha presentato fratture localizzate sempre a destra.

A 4 anni il ragazzo è stato colpito da paralisi infantile con localizzazione prevalente a destra di cui sono evidenti tutt'ora gli esiti trofici e motori. Le fratture cominciarono al V anno.

A l'esame del paziente risalta il colore plumbeo delle sclere.

Sclere blu che non si accompagnano però ad otosclerosi.

I diametri del capo superano notevolmente la norma.

I movimenti attivi e passivi degli arti raggiungono limiti di eccezione per la grande lassità dei legamenti articolari.

Radiograficamente segni di scarsa ed irregolare calcificazione con abbondante proliferazione periostale.

Clinicamente una grande facilità di riparazione accompagna la grande fragilità ossea.

Greppi (Novara). — Presenta la radiografia di un caso di osteogenesi imperfetta, di un bambino di 16 ore di vita, in cui sono visibilissime numerose fratture con callo già formato.

Fornara. — Nel caso particolare chiede se non può la poliomielite anteriore acuta che il piccolo paziente subì a 4 anni di età ed a localizzazione prevalente destra, spiegare, con un'alterazione del trofismo osseo, le fratture limitate agli arti nella metà destra del corpo: in tale senso parlerebbero le radiografie delle ossa degli arti che mostrano un rimpicciolimento delle ossa stesse.

Vercelli (Novara). — Ritiene che la lesione spinale abbia indubbiamente un'importanza, se non come fattore determinante, come sensibilizzante del disturbo trofico osseo essenzialmente emilateralizzato dal lato della lesione spinale.

Artom (Novara), ricorda i casi pubblicati, nei quali l'osteopsatirosi aveva eziologia luetica.

Nel caso attuale non esistono segni obiettivi neppure di presunzione di lue congenita.

Circa l'oscura patogenesi, c'è da pensare ad una anomalia congenita del tessuto fibroso a cui fa pensare sia il colore della sclera dovuto alla sottigliezza di questa che permette la trasparenza della coroide, sia la cofosi dovuta ad anomalie dei legamenti degli ossicini, sia la lassità dei legamenti articolari che in questo caso è enorme.

Loddini (Novara), osserva che sotto la denominazione di osteopsatirosi sono comprese diverse sindromi talvolta associate, tal'altra isolate. La sclera blu va sotto l'interpretazione di un deficiente sviluppo del mesenchima.

Sifiloderma terziario superficiale con atrofia cutanea.

Artom. — Espone i dati di un caso clinico e deduce considerazioni ralitive alla possibilità che anche la lue terziaria possa dar luogo ad atrofie cutanee pure, al polimorfismo ed all'imponenza che possono assumere i sifilodermi ed alle conseguenti difficoltà diagnostiche.

Presentazione di casi.

Artom. — Riferendosi alla comunicazione fatta nella precedente seduta, l'O. presenta due casi: l'uno di lupus eritematoso acuto, l'altro di lupus eritematoso fisso. Si intrattiene a discutere della terapia aurica di tale malattia e presenta in proposito preparati istologici, dai quali trae considerazioni favorevoli al concetto che l'azione di tale terapia si esplichi attraverso ad una vera reazione a focolaio.

Un caso di encefalomielite disseminata.

Vercelli. — Presenta un caso di encefalomielite disseminata, discute la diagnosi differenziale con le forme basse dell'encefalite epidemica e le forme acute di sclerosi a placche, e sostiene che questa forma morbosa va considerata come una entità nosologica a sè, dovuta probabilmente ad un virus neurotropo filtrabile, ultramicroscopico, analogo a quello della poliomielite.

Il Segretario: Dott. Rinaldi.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La contorsione omolaterale, segno semeiologico nei tumori maligni delle vie respiratorie inferiori.

A. Bosco (*Rev. Med. Latino-Am.*, n. 167) studia un segno semeiologico, fino ad oggi non conosciuto, che chiama *contorsione omolaterale*, fenomeno che si ritrova nei tumori maligni dell'apparato respiratorio e che considera di grande valore, come corrispondente ai segni patognomonici.

Il suo interesse è grande perchè contribuisce a stabilire il carattere maligno dell'affezione; il suo valore è solo superato dalla constatazione, nell'espettorato, di cellule neoplastiche.

La contorsione omolaterale è un segno semeiologico che si riconosce all'ispezione del paziente e che colpisce il tronco, gli arti, la testa ed il collo. La sua patogenesi è puramente funzionale e la sua comparsa è sempre precoce; si può anche osservare prima che compaiono le deformazioni locali del torace.

L'A. descrive le caratteristiche di questo segno, facilmente constatabili all'ispezione del malato, che deve stare in piedi, completamente nudo, al fine di apprezzare tutti i dettagli che appaiono dal lato del tumore.

L'essenza di questa contorsione è caratterizzata dalla rigidità muscolare omolaterale, esponente di turbe puramente vegetative.

A. P.

Interpretazione delle imagini radiologiche triangolari dette da pleurite mediastinica sovrapponentisi a dilatazioni bronchiali.

L'aspetto radiologico di opacità triangolare che richiama una pleurite mediastinica è tutt'altro che raro nelle bronchiettasie.

Bezançon, Azoulay, Weismann-Netter, Oumansky e Brodiez hanno riferito nella seduta del 13 dicembre 1929 della Soc. Médic. des Hôpitaux de Paris (*Bull. et Mém.*, n. 34) due casi di bronchiettasie interessanti per il fatto che nel 1° di essi hanno potuto osservare la comparsa dell'opacità triangolare nel corso di una poussée infettiva e nel 2° hanno assistito alla scomparsa di questa stessa imagine nel mentre che i sintomi miglioravano.

Tali fatti e specialmente il secondo fanno pensare che l'imagine triangolare opaca non dipenda direttamente dalla dilatazione bronchiale, ma da fatti passeggeri complicanti, pleurici o polmonari.

A prima vista l'imagine in quistione corrisponde nettamente a quella descritta classicamente della pleurite mediastinica che, a giudicare dai fatti generali interni concomitanti, dovrebbe essere purulenta. Ma le punture e gli interventi chirurgici hanno fatto rigettare tale ipotesi.

E così pure deve scartarsi l'altra che si tratti cioè di una pleurite adesiva, nella quale è molto difficile data la sua cronicità di poter osservare, come è capitato agli AA. una regressione totale clinica e radiologica.

Gli AA. sono invece di opinione che nei loro malati si sia formata in occasione di una poussée infettiva della bronchiettasia, una splenopolmonite di vicinanza con reazione pleurica lieve. In altri casi al contrario queste splenopolmoniti croniche sono, come avviene nel fanciullo, l'origine della bronchiettasia.

Vicentini.

CASISTICA.

Un caso di peritonite gassosa.

Nell'ospedale Náchod in Boemia Kudrnac (*Zent. f. Chir.*, n. 5, 1930) ha avuto occasione di operare un giovane di 18 anni che aveva nell'anamnesi un reumatismo. Scomparsi i dolori alle articolazioni cominciò un dolore localizzato nella regione gastrica senza vomito, con alvo regolare, senza alcuna alterazione all'esame radiologico.

Presto cominciò a gonfiarsi l'addome con suono timpanico alla percussione in tutto l'ambito, senza liquido libero, alvo aperto per i gas.

Poichè il meteorismo aumentava fu deciso l'intervento. Aperto il peritoneo ne uscì del gas ch'era contenuto nella cavità sotto forte pressione; subito si ebbe un afflosciamento della parete addominale. Fu fatta una revisione di tutto l'addome e non fu trovata che una piccola quantità di essudato chiaro limpido, un'appendice lunga, leggermente iniettata. Fu asportata l'appendice ed asciugato il poco liquido; fu fatta la chiusura dell'addome. Il decorso fu ottimo, il meteorismo non si ripetè e rivisto dopo 1 anno il paz. stava bene.

Casi simili di gasperitonite per quanto rari sono noti ma l'etiologia è oscura.

Nel maggior numero dei casi si trattava di complicazioni postoperatorie dopo laparotomie nelle quali compariva un meteorismo che non si modificava con i movimenti peristaltici dell'intestino. Raramente si ebbe vomito nell'acme del male. Con la rilaparotomia mancavano i segni di una infiammazione del peritoneo, di una paresi intestinale; soltanto le anse per la pressione endoaddominale collabivano. Casi simili sono descritti da Falkenburg dopo operazioni sul cieco, da Fründ dopo prostatectomie transvescicali con impercettibile apertura del peritoneo subito suturata, da Stegemann dopo operazione di ernia complicata con erisipela, da Rieder dopo taglio cesareo. In tutti questi casi la produzione del gas è spiegabile.

Michedja ne ha descritto un caso simile a quello dell'A. non consecutivo ad intervento.

Per la patogenesi nelle forme postoperative si può pensare con Fründ ad una invasione

batterica specialmente di anaerobi o di altri batteri come il b. *lactis aerogenes* — poichè è accertato dalle ricerche di Löhr che gli anaerobi non sono capaci di produrre una sindrome di peritonite gassosa.

L'infezione di tratti intestinali da anaerobi è dimostrata in ulcere tubercolari o dissenteriche ma non si ebbero mai alterazioni nè dello stomaco nè dell'intestino. Essi producono una sepsi generale ed edema metastatico nelle estremità.

L'inoculazione sperimentale nella cavità peritoneale di anaerobi produce sempre peritonite grave con essudato emorragico scarso o privo di leucociti, sintomi che non si hanno nella peritonite gassosa. Coenen crede che nei casi primitivi si tratti di una peritonite locale e che i batteri penetrano nella cavità peritoneale attraverso la parete intestinale. In nessun caso però sono state osservate alterazioni del peritoneo.

Così che l'etiologia rimane sempre oscura.

R. BRANCATI.

Contributo alla peritonite cronica adesiva idiopatica.

L'etiologia di questa forma è oscura ma è certo che vi possono avere influenza alterazioni di sviluppo e formazioni adesive durante il periodo fetale, come pure alterazioni funzionali nervose.

Borkowski (*Zent. f. Chir.*, n. 5, 1930) ne ha osservato un caso: un uomo di 36 anni senza alcuna malattia pregressa che nel 1927 aveva cominciato a presentare i segni di una subocclusione che si ripetevano. All'esame obbiett. presentava meteorismo con evidente rilievo del grosso intestino, che si mostrava ingrandito all'esame radiologico. Alla laparotomia si trovarono numerose membrane appena vascolarizzate fra le anse dell'intestino tenue che finivano al cieco. Nessuna ghiandola nel mesentere, nessuna alterazione nello stomaco, duodeno, cistifellea. Le membrane vennero staccate. Il sigma era fissato da una membrana che lo strozzava e che fu incisa facendo seguire una peritonealizzazione.

Anche l'appendice era sepolta fra membrane; fu isolata ed asportata. Quindi fu richiuso il ventre. Il malato migliorò; ma dopo 2 mesi ricomparvero i segni della occlusione. Fu riaperto. Venne resecato il grande omento, furono asportate membrane e peritonealizzati i punti e fu richiuso l'addome. Fu fatto un trattamento con ipofisina, atropina, fibrolisina, diatermia, massaggi, bagni, ginnastica. Dopo 2 mesi si aveva un notevole miglioramento ma presto ritornarono i disturbi e l'inf. fu riopeprato una terza volta lasciandovi nella cavità una certa quantità di olio canforato. Il p. ebbe un miglioramento. L'esame istologico di pezzi di membrane e dell'appendice escluse la tubercolosi. Si tratta anche qui di un caso di così detta conglutinazione (Payr) che non può mettersi in rapporto con una infezione primitiva tubercolare. Forse ha importanza un'alterazione iniziale dell'appendice. Si può ammettere un fattore costituzionale con un processo infiammatorio che agisce come stimolo plastico.

R. BRANCATI.

Sulla peritonite essenziale dei bambini.

V. Obdalitz (*D. Zeit. f. Chir.*, vol. 220, 1929) riferisce su 50 casi che ha raccolto nell'ospedale dei bambini di Brünn. Egli viene alla conclusione che la peritonite essenziale è relativamente frequente nei bambini. Fssa colpisce a preferenza le bambine. Come causa di ciò è da ricercare non un'infezione genitale, ma differenze di rapporti del cavo peritoneale nei due sessi. Solo 3 volte si potè con sicurezza stabilire una origine ascendente genitale in 2 peritoniti gonococciche e 1 streptococcica, nei casi rimanenti sembra probabile al più un'origine intestinale per invasione dei germi dalle pareti intestinali.

Dal punto di vista batteriologico la peritonite essenziale d'origine intestinale dà un quadro clinico tipico.

Rimangono le altre complicazioni come le febbri di lunga durata per un'infezione delle linfoghiandole mesenteriche, se non v'è tale infezione la febbre cade rapidamente.

Anche nella peritonite pneumococcica contro il pericolo di metastasi è consigliabile un precoce intervento piuttosto che aspettare il 3° stadio.

V. GHIRON.

TERAPIA.

Il trattamento pratico del diabete.

Dal punto di vista pratico, il diabete può consistere: 1) in una glicosuria trascurabile; 2) in diabete lieve; 3) in diabete grave. Quest'ultima condizione è agevolmente riconosciuta dai sintomi di sete, prurito, poliuria, glicosuria; la glicemia è oltre il 0,2 e spesso arriva al 0,3-0,5 %. Le prime due condizioni sono riconosciute soltanto mediante adatti esami. La glicosuria transitoria, in cui la glicemia rimane normale dopo un pasto ordinario o con glucosio, non richiede nessun trattamento. Il diabete lieve non si annuncia con sintomi e può essere riconosciuto mediante lo studio della glicemia, la quale si eleva al 0,2 % dopo la somministrazione di glucosio e non ritorna alla norma (0,1 %) che dopo due ore.

R. D. Lawrence (*Practitioner*, febbraio 1930) fa rilevare che la cura del diabete non deve essere esclusivo dominio dello specialista, ma che va fatta anche dal medico pratico.

Nei *casi lievi*, si tratta per lo più di individui di una certa età, spesso obesi. Alcuni ritengono addirittura che non vi sia bisogno per essi di nessun trattamento, ciò che non è esatto, in quanto che essi, se non sono curati si caricano di zucchero e soffrono di complicazioni del diabete, quali neuriti, foruncolosi e, se le condizioni si aggravano, di retinite e gangrena.

Quindi tali malati non vanno trascurati. Negli individui più giovani, si farà soprattutto

la riduzione della dieta, meglio se somministrandola esattamente pesata con la quantità tollerata di carboidrati e fornendo la quantità necessaria di calorie; è questo il miglior metodo di evitare in seguito l'insulina e di prolungare la vita; in questi individui è necessario altresì dosare di tanto in tanto la glicemia; questo, a rigore, può essere tralasciato negli individui più anziani, per i quali basta in generale l'esame dell'urina.

Nei *casi gravi*, la dieta non può essere troppo ridotta, altrimenti non si fornirebbe una quantità di calorie sufficiente; è quindi necessaria la somministrazione di insulina. L'A. sconsiglia recisamente l'uso di insulina per bocca o di altri preparati consigliati, che sono stati dimostrati del tutto inutili; la loro efficacia è da attribuirsi soltanto alla dieta contemporaneamente istituita.

Importante è, in tali casi, di stabilire la quantità giusta di insulina, da somministrarsi una, due o raramente, tre volte al giorno.

Nei primi tempi del trattamento insulinico, si faranno due iniezioni di insulina (prima di colazione e prima di pranzo), si darà una dieta adatta (pesata) e si esamineranno urine e sangue una volta (o più spesso) al giorno. In questo primo periodo sarebbe bene che il paziente fosse ricoverato in una clinica speciale, poichè il medico non ha tempo di procedere a tutto questo; si deve però far presente che si possono ottenere buoni risultati anche senza l'esame della glicemia.

Importante si è di evitare i fenomeni dell'ipoglicemia (debolezza, sudori, palpitazioni) che compaiono 2-3 ore dopo l'iniezione di insulina; quando essi si manifestino, si diminuirà di una o due unità la quantità di insulina, altrimenti il paziente tende a diventare sempre più debole. L'insulina verrà altresì diminuita nei pazienti che, col progressivo miglioramento, diventano più attivi e fanno maggiore esercizio fisico.

Quando, invece, si veda ricomparire dello zucchero nell'urina in pazienti nei quali era scomparso, si aumenterà di un paio di unità o più l'insulina; in tal modo si eviterà la tendenza alle ricadute. Evidentemente la ripetuta determinazione della glicemia faciliterà il compito del medico in questi casi.

Nel caso di malattie intercorrenti, specialmente infettive e febbrili, la quantità consueta di insulina diventa insufficiente e va spesso raddoppiata o triplicata se non si vuole andare incontro a fenomeni gravi di chetosi ed al coma. Ad ogni modo, le dosi di insulina non saranno mai troppo forti e val meglio aumentare il numero delle iniezioni, anzichè la dose di ognuna. Nel caso che il medico venga chiamato d'urgenza presso un malato che non conosce e che presenta sintomi di acidosi o di coma ed ha molto zucchero nelle urine, farà bene a praticare subito l'iniezione di 20 unità d'insulina, procedendo poi al trattamento del caso. *fil.*

Sulla possibilità di un'azione sinergica dello zolfo rispetto all'insulina.

P. Catelani (*Rivista Clinica Medica*, n. 22, novembre 1929) ricorda che in una precedente pubblicazione aveva potuto mettere in evidenza l'azione ipoglicemizzante dello zolfo; tale attività era considerata come uno stimolo sull'azione dei fermenti glicolitici; tuttavia il meccanismo d'azione dello zolfo è molto complesso, e si svolge più sulla glicemia che sulla tiemia. Questa ipotesi è avvalorata dal fatto che lo zolfo totale circolante nel sangue di individui normali è di ctgr. 0,475, mentre nei diabetici è di ctgr. 0,350; invece lo zolfo neutro è ctg. 0,085 nei normali, ctgr. 0,107 nei casi patologici.

Tuttavia se è chiaro che una piccola dose di zolfo produce abbassamento del tasso glicemico, tale azione non è paragonabile all'insulina, perchè aumentando la dose di zolfo si ha l'effetto opposto, cioè l'iperglicemia.

Partendo da questi concetti l'A. ha voluto applicare in un caso di diabete grave la cura insulinica associata alle iniezioni di gr. 0.00027 di zolfo soluto *pro die*. Egli ha potuto constatare che mentre erano necessarie 60 D. U. d'insulina per rendere il p. aglicosurico, associando i due medicamenti, e somministrando lo zolfo con una certa regola, l'insulina si poteva ridurre a 10 D. U.; in seguito anche la dieta potette essere modificata, aumentando le proteine, i grassi, ed anche gli idrati di carbonio.

A conferma di tali risultati furono istituite ricerche sperimentali in conigli, resi iperglicemici mercè iniezioni di glucosio. In queste ricerche i risultati sono stati meno marcati, ma hanno confermato l'azione ipoglicemizzante dello zolfo. Questo fatto non va interpretato come dovuto all'azione cumulativa dei due medicamenti, ma lo zolfo insieme all'insulina presenta un'azione sinergica tale da esaltare le virtù terapeutiche dell'ormone pancreatico. CARUSI.

Questioni pratiche sulla terapia del diabete.

E. Wiechmann e F. Koch (*Münch. med. Wochens*, 1929, n. 20) riferiscono sui buoni risultati ottenuti a Colonia con l'istituzione di cucine speciali per diabetici, in cui vengono preparati degli alimenti adatti per tali ammalati e preconizzano la diffusione di questo mezzo di cura dietetico, che evita molti errori nel campo dell'alimentazione del diabetico.

Tali cucine sono particolarmente utili per tutta quella categoria di diabetici leggeri, che non devono venir sottoposti al trattamento con l'insulina, il quale va fatto soltanto nelle case di cura e sotto la diretta sorveglianza del medico. Tali ammalati non presentano notevole iperglicemia e neppure una glicosuria marcata, le loro urine non contengono acetone; essi sopportano bene una dieta priva di idrati di

carbonio con l'aggiunta di circa cento grammi di pane al giorno.

L'insulina può essere di grande utilità, ma il suo uso deve essere fatto, come si è detto sotto la sorveglianza del medico, in quanto che essa può determinare uno stato esagerato di ipoglicemia, con gravi alterazioni.

Nelle grandi città, si può associare la cura dietetica per mezzo delle speciali cucine, con quella insulinica, sotto la sorveglianza di adatti clinici. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. E. B., da Genova:

La letteratura sull'azione delle correnti elettriche nel corpo umano è vastissima, specialmente dal punto di vista medico-legale. Le cito alcune pubblicazioni d'indole generale.

G. AIELLO. *Patologia da elettricità.* VII Congresso di Medicina del lavoro, 1927.

S. JELLINEK. *Der elektrische Unfall.* F. Deuticke, ed. Leipzig, 1925.

P. DUHEM. *Accidents et dangers de l'électricité.* Gauthier-Villars, Paris, 1928.

L. MANN e F. KRAMER. *Neuere Erfahrungen auf dem Gebiet der medizinische Elektrizitätslehre.* Thieme, ed. Leipzig. In questo eccellente volume vi sono due capitoli interessanti sull'elettrifisiologia e sui danni delle correnti nell'organismo umano. *fil.*

VARIA.

Il “Mago„ di Gallspach.

Opera da qualche tempo a Gallspach, un piccolo villaggio austriaco, a pochi chilometri da Grieskirchen sulla linea Passau-Wels-Linz, un nuovo taumaturgo. Accorrono a lui le folle sofferenti ed imploranti la salute. Sono accolte nella sala d'attesa, dove campeggia uno scheletro umano e, nella penombra mistica rotta da una luce rossa emanante da lampade sapientemente disposte, aspettano pazientemente il loro turno, parlando delle proprie sofferenze e magnificando i successi che la fama attribuisce al « Mago ». Il paziente viene finalmente introdotto alla presenza di quest'uomo, dalla lunga barba fluente, che si dice discendente da un'antica famiglia di principi indiani e salvato dal velenoso morso di un cobra per mezzo della saliva di un fachiro.

Fedele alle vecchie tradizioni, il « Mago » ha in mano la *bacchetta magica* che, avvicinata al paziente, si illumina di una strana luce ed egli stabilisce, in tal modo la diagnosi; è affare di un secondo. Viene in seguito la prescrizione della cura, quasi sempre la stessa, 30-50 applicazioni del suo metodo. Ed, a frotte di varie diecine, entrano i pazienti nella sala di cura, dove ronzano delle lucenti e misteriose macchine elettriche e brilla una lampada ad arco, dalla strana luce bianca. I pazienti, tutti a dorso seminudo, sono sottoposti al dardeggiare dei raggi emananti dalle macchine elettriche; ma anche qui il soggiorno è breve, pochi secondi, chè il nostro è il tempo della fretta ed altre torme di sofferenti incalzano.

Uomo dei suoi tempi, Valentino Zeileis (tale è il nome del « Mago ») diffonde con abile *réclame* i miracolosi successi delle sue cure, basandoli sui più moderni concetti scientifici. Si tratta, egli annunzia sulle cantonate e su per i giornali, di ottenere un aumento specifico di conduttività del mesenchima, ossia di tutto l'apparecchio endoteliale, connettivo, linfoghiandolare e leucocitario e del tessuto della glia. In tal modo, si ha un'esaltazione dei processi di difesa dell'organismo, una distruzione delle scorie tossiche endo- ed esocellulari ed alla fine una vera rigenerazione dell'organismo.

Tutto questo si ottiene con una *felice* combinazione di apparecchi ad alta frequenza, con i raggi X e l'azione del radio, di cui, si legge sui giornali, egli possiede per un valore di un milione e mezzo di marchi.

Guardiamo un po' da vicino le arti del « Mago ». La « bacchetta magica » che egli utilizza per la sedicente diagnosi è un tubo di Geissler che, a suo dire, sarebbe riempito con gas attinio, tubo che, sempre stando alle asserzioni di Zeileis, portato in vicinanza degli organi, si illumina in modo diverso a seconda degli organi stessi e delle diverse malattie da cui questi sono affetti.

Ed il pubblico credulone abbocca all'amo ed affluisce in numero stragrande; nel piccolo villaggio di Gallspach sono andati, nel 1929, oltre 100.000 malati; altri 250.000 se ne attendono per il 1930. Le succursali, dirette da medici compiacenti, si moltiplicano e si calcola che la rendita netta annua di Zeileis raggiunga i 3.408.000 marchi (un marco corrisponde a circa L. 4.60); un cespite, quindi, non trascurabile da difendere contro tutti gli attacchi che si sferrano contro Zeileis, da parte dei Collegi medici, che sono anche ricorsi ai tribunali.

Del resto, lo Zeileis ha cercato, in parte di evitare i rigori della legge, operando al coperto della laurea del figlio Fritz, che è medico.

Quando si esaminino i procedimenti di Zeileis alla luce della critica scientifica, come ha fatto, p. es., P. Lazarus (1), ci si convince sempre più che si tratta soltanto di un'abile mistificazione. Il tubo di Geissler, osserva Lazarus, mostra una luminescenza quando si ha una differenza di potenziale fra le due estremità del tubo stesso. Allorchè lo sperimentatore afferra con una mano una delle estremità, vi trasporta il suo potenziale di superficie; avvicinando il tubo all'individuo in esame, connesso con l'altro polo, si stabilisce una differenza di potenziale sufficiente per dare la luminescenza, di grado diverso, non già secon-

(1) Medizinische Welt, 1 e 8 marzo 1930.

do l'organo esaminato o le sue condizioni fisio-patologiche, ma secondo lo stato di riempimento del tubo stesso e la distanza di questo dal corpo dell'esaminando.

Pensare che si possa arrivare in tal modo ad una diagnosi, è semplicemente assurdo. Un'altra mistificazione è data dal vantato riempimento del tubo con attinio o polonio che, anche se vi fossero, verrebbero distrutti in pochi secondi.

Nè maggior fondamento ha il procedimento detto terapeutico, che sarebbe basato sull'accoppiamento di raggi X, di raggi ad alta frequenza e di emanazioni di radio. Tutta questa insalata di raggi applicata per un secondo o poco più, darebbe i vantati risultati terapeutici! Non si capisce come possano unire i loro effetti onde di sì varia lunghezza; nessuna azione ho osservato, di fatto, Lazarus sull'elettroscopio per mezzo di tale combinazione.

Anche le condizioni in cui opera il radio negli apparecchi di Zeileis, sono tali che non ne permettono alcun effetto. La quantità di radio realmente posseduta da Zeileis è di molto inferiore a quella vantata e non oltrepassa i 12 milligrammi (20.000 marchi); si consideri che gli elettrodi col radio vengono tenuti a 10 cm. dal paziente, distanza per cui arriveverebbe a questi 1/3600 di mg./ora; quindi nel minuto secondo, o poco più, di applicazione delle quantità addirittura infinitesimali.

Quanto al così detto *sole di elio* della lampada ad arco, si tratta di pura invenzione; l'elio è gassoso alla temperatura normale, quindi nella lampada ad arco non può esistere; in questa, si hanno dei carboni con aggiunta di cerio, che dànno una luce bianca particolare, la quale non manca di produrre i suoi effetti sulla psiche dei malati.

Per dare maggior colorito ed autorità alla cosa, non sono mancate delle ricerche pseudoscientifiche, fatte, p. es. da Wendt, insegnante di fisiologia veterinaria, il quale avrebbe fatto delle esperienze su se stesso, sulla moglie e su alcuni ratti. Per giudicarne la serietà, basti considerare che egli avrebbe trovato che, con i procedimenti di Zeileis, si ottiene, al tempo stesso, un aumento del ricambio ed una diminuzione del metabolismo basale!

Conformi alle ciarlatanesche premesse, sono i risultati diagnostici e terapeutici ottenuti. Lo si comprende, del resto, quando si ponga mente alla delicatezza di dosamento che si esige per i raggi X e per il radio, alle diverse indicazioni per cui questi mezzi possono, se male applicati, riuscire nocivi.

Negli stabilimenti di Zeileis, invece, vengono tutti trattati allo stesso modo, la tubercolosi polmonare, come il carcinoma uterino o gastrico, come i vizi cardiaci o la colecistite!

Lazarus ha inviato dei colleghi di fiducia (un radiologo ed un psichiatra) all'Istituto di Zeileis per farsi visitare; in essi vennero diagnosticati un vizio aortico ed una colangioite, malattie che non esistevano affatto. Egli stesso si fece visitare nelle due filiali di Monaco ed ebbe, in una la diagnosi di colangioite, nell'altro, il giorno dopo, quella di malattia del midollo spinale. In altri tre individui di fiducia (2 medici e un ingegnere) sono state diagnosticate, nei due primi l'ulcera gastrica, nel terzo una tubercolosi polmonare. A tutti vennero prescritte le irradiazioni, 50-60; al prezzo di 15 marchi l'una, ed in numero di tre al giorno, si arriva ad un bel guadagno!

In altri casi, sono stati diagnosticati carcinomi uterini, fibromiomi, ecc. del tutto inesistenti, facendo durare la cura per 2-3 anni.

Per quanto riguarda poi la cura, Zeileis, sul principio applicava i raggi X con grande disinvoltura, tanto che provocò delle ustioni per le quali si buscò anche un processo. Attualmente, ammaestrato dall'esperienza, è diventato omeopatico nell'applicazione e somministra quell'insalata di raggi a cui si è accennato.

Nessun effetto reale si ottiene salvo, s'intende, nei casi in cui può operare la suggestione, che esercitata così abilmente sulle masse non manca di produrre i suoi effetti benèfici; si parla, fra i profani, addirittura di guarigioni di tubercolosi, di vista od udito ridonati, oltre agli infiniti paralitici rimessi in movimento! Gli insuccessi, naturalmente, non si contano, nè mancano i casi di malati, come p. es., di carcinomi, recatisi a Gallspach al primo inizio della malattia e ritornati, dopo diversi mesi della così detta cura, in uno stadio ormai inoperabile.

Come si vede, il procedimento del nuovo « Mago » non è dissimile da quello degli antichissimi predecessori. Circondare il tutto di un'aria di mistero (lo Zeileis ha sempre rifiutato qualsiasi controllo scientifico che « disturberebbe i malati »), mistero che viene rivestito con ermetiche parole di scienza; agire con la massima suggestione sulle masse, diagnosticare una malattia grave che non esiste, per apparire poi come il *Salvatore*.

Per fortuna nostra, gli italiani rifuggono da queste forme di esaltazione collettiva, che sono invece abbastanza frequenti in altri popoli i quali, forse perchè in possesso di una più avanzata civiltà meccanica (1) si ritengono più progrediti. Anche il caso Asuero (del resto rapidamente liquidato con prontezza e fine accorgimento dal nostro Governo) è rimasto limitato, da noi, in ben modeste proporzioni e sperimentato da pochi e, più che altro, per un certo senso di snobismo. Il nostro buon senso innato ci protegge da queste esagerazioni, da tutte queste forme di suggestione che ci appaiano tanto meno attraenti, perchè non sono nemmeno circondate dalla poesia di misticismo che anima la suggestione a carattere religioso.

FILIPPINI.

(1) Dagli Stati Uniti, terra classica per i più stravaganti metodi di cura extramedici, è annunziato l'arrivo a Gallspach di parecchie migliaia di persone.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

La legge sulle assicurazioni sociali in Francia.

Dopo numerosi e vivaci dibattiti, che si trascinavano da mesi, è stata recentemente ratificata dal Senato, in Francia, la legge sulle assicurazioni sociali, votata dalla Camera con 547 voti contro 20. Alcuni giornali (*République*, *Quotidien*) ne sono entusiasti, mentre gli altri la criticano aspramente, ne prevedono l'inapplicabilità e ritengono che essa non sia che una manovra del Governo per difendersi dalla taccia di reazionario che, ad esso, affibiano i suoi avversari. Si prevede che essa finirà per rovinare alcune industrie già povere che attualmente dànno degli utili i quali non oltrepassano il 3-4 %, mentre la legge graverà per il 5-8 %.

Vero salto nel buio, definisce il *Temps* questa legge che viene a gravare sul paese per 5-7 miliardi di franchi, proprio nel momento in cui si sente maggiormente il bisogno di diminuire la pressione fiscale. Legge che dividerà la nazione in due partiti a causa del diverso trattamento fatto agli assicurati delle professioni agricole e delle industrie; i datori di lavoro che sono obbligati a fare i prelevamenti diretti sui salari diventano così degli agenti delle imposte e si viene per tal modo a stabilire una nuova causa di conflitti sociali. Si lamenta inoltre che, con tale legge, venga a svanire il concetto di mutualità e che siano abolite tutte le iniziative in proposito.

Ricordiamo qui i punti principali della legge.

1) L'assicurazione-malattia è destinata a coprire le spese di medicina generale, per medicine ed apparecchi, per l'ospedalizzazione ed il trattamento in stabilimenti di cura e per interventi chirurgici, e tutto ciò per l'assicurato, il suo congiunto ed i figli non salariati inferiori ai 16 anni.

2) L'assicurato ha libera scelta del medico.

3) Le consultazioni mediche sono date, di regola, a domicilio del medico stesso, salvo il caso in cui l'assicurato non possa spostarsi.

4) Il prezzo delle prestazioni mediche viene fissato dalle Casse (Tariffa di responsabilità), tenuto conto delle tariffe minime stabilite dai sindacati medici. Esso viene anticipato, o rimborsato all'assicurato. Esso viene inscritto nelle Convenzioni che si faranno fra le Casse di assicurazione ed i Sindacati professionali.

5) La partecipazione dell'assicurato alla « Tariffa di responsabilità » è fissata dalla Cassa al 15-20 %; quella per le spese farmaceutiche al 15 %.

6) Dopo non meno di due anni di esperienza si potrà ridurre la percentuale dovuta dall'assicurato, di cui al punto precedente.

7) Se le Casse non possono addivenire ad un accordo con i Sindacati medici, esse daranno « à forfait » un'indennità giornaliera all'assicurato, per le malattie che non comportano nè intervento chirurgico, nè spedalizzazione.

Il minimo di tale indennità sarà uguale a N % della media generale dei salari quotidiani, su cui, nell'anno precedente, si era basata la quota. Eventualmente, l'indennità giornaliera potrà essere fissata dalle Casse ad una proporzione più elevata, sotto la loro stessa responsabilità.

Potranno anche essere fissate delle indennità supplementari.

8) Le indennità di cui sopra sono date all'assicurato a partire dal primo giorno di malattia o dall'inizio della cura, che deve essere quello del primo certificato medico; essa viene poi continuata per un periodo di sei mesi.

9) Per le malattie che non comportano cessazione dal lavoro saranno fissate delle indennità speciali.

10) Ogni ricaduta entro i due mesi è considerata come continuazione di malattia.

Il pagamento potrà eventualmente essere effettuato mediante dei tagliandi.

La legge è stata vivamente discussa e criticata specialmente dai medici, che ne vedono tutto il pericolo, non solo per i medici stessi, ma anche per altre ragioni. All'Accademia di Medicina si sono fatti eco di queste critiche Pr. Merklen e M. Wolff (10 ottobre 1929), i quali hanno messo in rilievo i gravi danni che ha portato la legge analoga in Germania, dove si sono prodotti tali e tanti abusi da parte delle Casse e degli assicurati, che non si può nemmeno più pensare a procedere legalmente contro di essi. Fra direttori di Casse e medici si hanno conflitti giornalieri, per il fatto che le Casse hanno organizzato delle case speciali per il trattamento, a cui sono addetti dei medici di loro fiducia. Si sono creati degli ospedali-cliniche, che entrano in concorrenza con gli ospedali universitari ed i futuri medici delle Casse devono seguire i corsi di quelli se vogliono poi essere accettati.

In complesso, le Assicurazioni sociali della Germania hanno avvilito ed asservito i medici, hanno abbassato la pratica dell'esercizio medico, hanno abbassato il livello medio della coltura e provocato la pletora per finire a dare un vero proletariato medico; esse inoltre incominciano a mettere in pericolo l'insegnamento ed il lavoro di ricerche delle Cliniche universitarie.

Si pensi poi all'immane organizzazione burocratica che richiede un tale servizio. In Germania, per l'applicazione dei 13.000 articoli di legge si sono dovuti impiegare 70.000 funzionari ed installare 1200 uffici di assicurazione e 8000 Casse di malattia.

Per la Francia, si calcola un fabbisogno di 90.000 funzionari; sono già stati ordinati 16 milioni di fogli di carta per la corrispondenza (certamente insufficienti) e si dovranno inviare agli interessati 13 milioni di pieghi. Per i 10 milioni di assicurati si dovranno impiantare altrettante schede ed altrettante carte di assicurazione; ognuno dovrà essere avvisato della sua immatricolazione mediante lettera raccomandata ed altrettanto si dovrà fare per i 6 milioni di datori di lavoro a cui si dovranno comunicare i nomi degli immatricolati. Non si parla poi delle verifiche da farsi nei municipi, alle prefetture, ecc. Vere valanghe di carta ed enorme sciupìo di tempo che si tradurranno in aggravi non indifferenti per il bilancio pubblico e quello privato.

Il volume pubblicato dal senatore Chauveau, per spiegare la legge da lui proposta, consta di oltre 1200 pagine e pesa oltre un chilo e mezzo!

Non badando a tutte le critiche mosse e fiducioso che gli eventuali emendamenti si faranno in seguito, il Governo francese ha promulgato questa legge, che entrerà in vigore il primo luglio di quest'anno. *fil.*

Cronaca del movimento professionale.

Il Congresso Nazionale delle Società di Mutuo Soccorso.

Si sono svolti in Roma al Palazzo Marignoli i lavori del Congresso nazionale delle Società di Mutuo Soccorso indetto dall'Ente nazionale della Cooperazione. I lavori sono stati presieduti dall'on. Biagi, presidente dell'E. N. C. e dall'on. Bagnasco, presidente della Federazione di Mutuo Soccorso. Fra i presenti erano: l'on. Peverelli, vice presidente dell'E. N. C., il comm. Klinger, capo dell'Ufficio sindacale del P. N. F., l'on. Preti, per le mutue poligrafiche di Roma, il dott. Labadessa, direttore dell'E. N. C., il comm. Scoduk e l'avv. Franzi della Mutua Enti Cooperativi, il comm. Malgeri della Federazione nazionale Cooperative edili, il comm. Montemurri, per la Confederazione nazionale sindacale agricoltori, l'avv. Roberto Roberti per la Confdeerazione sindacale agricoltori, il prof. Cantuti per l'on. Lantini e la Confederazione del commercio.

I rappresentanti delle Unioni provinciali e delle Società di Mutuo Soccorso aderenti alla Federazione nazionale che conta già circa 2500 mutue associate con 700 mila soci, erano alcune centinaia. Ha preso per primo la parola il presidente dell'E. N. C., il quale ha portato il vibrante saluto dell'Ente che si è preoccupato di inquadrare le forze vive nella mutualità italiana, non solo in ragione delle disposizioni statutarie, ma per stabilire un necessario contatto di tutto il movimento mutualistico, che ha avuto una grande importanza nel passato e che ha anche oggi una salda efficienza.

Dopo il periodo della decadenza politica della mutualità, oggi l'Ente riprende le alte tradizioni di questo movimento, che viene ricongiunto al Fascismo e si avvia con spirito nuovo verso nuove mète. L'on. Biagi è stato assai applaudito.

Ha parlato poi l'on. Bagnasco, che ha tracciato un quadro dell'attuale situazione del movimento mutualistico. Ha fatto rilevare che, recentemente, dal ministro Bottai, è venuto l'incitamento a proseguire nell'opera di riorganizzazione della mutualità ed ha concluso dichiarando che tutto il Regime fascista apprezza l'attività delle Società di M. S., che si devono ringiovanire per svilupparsi sempre maggiormente.

Il comm. Klinger ha portato il saluto di S. E. Turati e del Partito. Hanno poi parlato gli on. Peverelli e Preti, il dott. Labadessa e numerosi congressisti. I lavori si sono chiusi con l'approvazione di importanti ordini del giorno, la nomina di un Consiglio direttivo e l'invio di telegrammi di omaggio al Duce, agli on. Bottai, Turati ed Alfieri.

Le mutue sanitarie o che comprendono nella loro attività l'assistenza sanitaria, sono largamente rappresentate nel movimento mutualistico italiano.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA D'EGITTO. — Medico del Servizio quarantenario; età 25-40 anni; scad. 31 maggio. Chiedere condizioni alla Direzione generale della Sanità Pubblica, Roma.

AVEZZANO. *Ospedale Civile dei SS. Filippo e Nicola.* — Chirurgo primario e assistente medico-chir.; rispettivam. L. 6000, oltre compensi dai paganti in proprio, e L. 5000; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° maggio; scad. 10 giu. Per altre condizioni chiedere annunzio.

BIELLA. *Ospedale degli Infermi.* — Assistente Sez. medica; titoli ed eventualm. esami; scad. 30 mag.; età mass. 30 a.; servizio 1° lug.; per informazioni rivolgersi alla Direzione.

BONDENO (*Ferrara*). — Scad. 15 giu.; per Scortichino; L. 9500 oltre L. 2500 trasp., L. 1640 c.-v.; età lim. 35 a.; l'eletto dovrà provvedersi di ambulatorio. Tassa L. 50,10.

CARRODANO (*La Spezia*). — Scad. 15 lug.; L. 8200 oltre 10 bienni ventes., L. 500 uff. san., età lim. 25-40 a.

CATANIA. *Amministraz. Provinc.* — Coadiutore e assistente nella Sez. med.-micrograf. del Laboratorio Provinc. d'Igiene e Profilassi; rispettivam. L. 13.700 e L. 11.600, oltre indenn. serv. att. in L. 1000 e L. 800; c.-v.; scad. 31 lug.; età lim. 35 a.; titoli ed esami. Chiedere annunzio alla Segreteria.

CUNEO. *Ospizio Trovatelli.* — Direttore sanitario; L. 12.000 oltre L. 2500 serv. att. e L. 1200 indenn. provvis.; titoli in pediatria. Scad. 31 mag. Rivolgersi Segreteria provinciale.

Faeto (*Foggia*). — Consorzio per i Comuni di Faeto e di Celle S. Vito. Il concorso è prorogato a tutto il 31 maggio 1930.

Gualdo Cattaneo (*Perugia*). — Scad. 30 giu.; pel capoluogo; L. 9000 e 3 quinquenni, oltre lire 600 serv. att., c.-v., L. 500-2000-4000 trasp.; tassa L. 50; doc. non anter. 1° marzo.

Nuoro. *Amministraz. Provinc.* — Direttore ed assist. della Sez. med.-microgr., direttore e coadiutore della Sez. chim. dei Laborat. Provinc. di Igiene e Profilassi; scad. 30 giu.; stipendi lire 16.000, 14.000 e 12.000, oltre L. 3000, 2000 e 2000 serv. att.; 5 quadrienni dec.

Perugia. *Ospedale Psichiatrico Interprovinciale.* — Tre medici aiuti; L. 9500 e 5 scatti quadriennali di L. 800, oltre L. 1000 supplem., c.-v., vitto, alloggio personale; età lim. 40 a.; tassa L. 50. Scad. 10 lug.

Pisa. *R. Prefettura.* — Scad. 10 agosto; per titoli ed esami; posto di Uff. Sanitario per i Comuni di S. Miniato e di Volterra. Stip. L. 6000 lorde di R. M. e C. P., aumentabile di un dec. per quadr. e non più di 5 quadr. per S. Miniato. Stip. L. 9000 lorde di R. M. e C. P., aumentabili di un dec. per quadr. e non più di 5 quadr. per Volterra. Presentazioni domande non oltre le ore 12 del 15 giugno, alla Prefettura (Ufficio Sanitario). Assunzione servizio entro 30 giorni comunicazione nomina. Per chiarimenti rivolgersi Prefettura di Pisa.

Saluzzo. *R. Ospedale Civile.* — Assistente di medicina e assistente di chirurgia; scad. 15 giu.; stip. L. 2000 annue e partecipaz.; all'assistente di medicina assegno annuo di L. 1500 pel servizio radiologico; vitto e alloggio. Tassa L. 50. Per l'assistente medico sono titoli di preferenza la pratica di laboratorio e radiologica. Per l'assistente chirurgo richiedesi biennio di pratica chirurgica presso Cliniche universitarie od Ospedali. Serv. entro 15 giorni dalla notifica.

Senosecchia (*Trieste*). — A tutto 31 ag.; con Crenovizza; L. 11.000 e 4 quinquenni, oltre c.-v., L. 3000 trasp., L. 1000 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,25; due anni in reparti di medic. e chirur. di un ospedale del Regno di riconosciuta importanza, oppure in condotta.

Verona. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Medico di Sezione; L. 11.600 e 6 quadrienni di L. 600 e L. 900, oltre L. 2500 serv. att., L. 1970 c.-v. Scad. 15 lug.

Zoldo Alto (*Belluno*). — Scad. 15 giu.; L. 9000 oltre c.-v. Indenn. trasporto L. 1000 se con bicicletta, L. 2000 se con motocicl., L. 3500 se con cavallo o automobile; L. 500 uff. san.; alloggio in fabbricato del comune, dietro corresponsione di L. 500 annue. Per informaz. rivolgersi Segreteria comunale.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

Ente Nazionale per l'Artigianato e le Piccole Industrie.

L'Ente Nazionale per l'Artigianato e le Piccole Industrie (Ufficio Nazionale per la difesa e il commercio delle piante aromatiche, medicinali e affini) indice fra gli inscritti agli albi dei laureati in medicina umana e veterinaria e in farmacia e chimica, un concorso per la compilazione di un: « Ricettario pratico per medici, farmacisti, veterinari, a base prevalente di piante aromatiche medicinali e loro derivati, con particolare riguardo alle droghe indigene ».

Scopo di questo concorso è la valorizzazione del nostro grande patrimonio di piante aromatiche e medicinali, onde in detto ricettario dovranno appunto trovare posto prevalente le droghe indigene.

Al concorrente vincitore spetterà il premio di L. 15.000 (quindicimila), senza alcuna percentuale sul prezzo di vendita del ricettario, che verrà pubblicato a spese dell'Ente.

La Commissione Giudicatrice ha facoltà di segnalare all'Ente promotore i ricettari che fossero ritenuti meritevoli di pubblicazione, oltre a quello del premiato, e l'Ente si riserva di pubblicarli in tutto od in parte.

I lavori dovranno essere inviati all'Ente Nazionale per l'Artigianato e le Piccole Industrie (Ufficio Nazionale per la Difesa e il Commercio delle Piante Aromatiche, Medicinali ed Affini) in Roma, nella sede di Via Vittorio Veneto n. 99, non oltre le ore 24 del 31 marzo 1931-IX; ivi si può anche chiedere il programma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà Medica di Roma ha chiamato il prof. Giuseppe Amantea, direttore dell'Istituto di Fisiologia della R. Università di Messina, a coprire la cattedra di chimica fisiologica lasciata vacante dalla morte del compianto prof. Domenico Lomonaco.

I nostri rallegramenti cordialissimi al valente studioso.

Il dott. H. J. Stander è nominato professore di ostetricia e ginecologia alla Cornell University di New York e direttore delle due Cliniche omonime al New York Hospital, a partire dal 1° settembre 1931. Attualmente lo Stander è professore associato di ostetricia alla Scuola Medica della Johns Hopkins University in Baltimora.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Padova.

Notizie universitarie.

È aperto il concorso annuale alle due borse di studio di L. 2000 ciascuna per la fondazione « Achille Bucchia ». Esse sono destinate a studi di perfezionamento all'estero strettamente attinenti alla Medicina interna; sono quindi esclusi tutti gli altri rami delle Scienze mediche.

Requisiti per poter concorrere sono l'essere di nazionalità italiana, ed aver compiuto da non più di quattro anni con notevole profitto gli studi nell'Università di Padova. La domanda ed i documenti per venir ammessi al concorso devono essere presentati alla Segreteria dell'Università non oltre il 10 giugno p. v. ed il giudizio sarà affidato al Consiglio di amministrazione della Facoltà Medica. Sarà tenuto conto, fra i titoli, anche delle eventuali pubblicazioni dei concorrenti.

* * *

— I proff. G. M. Fasiani, direttore della Clinica Chirurgica, e Mario Truffi, direttore della Clinica Dermosifilopatica, sono stati nominati dal Magnifico Rettore membri della Commissione giudicatrice per le controversie nell'applicazione della convenzione recentemente conclusa con le Cliniche universitarie.

* * *

— Il prof. Oddo Casagrandi ha tenuto una conferenza all'Ospizio Marino Veneto sul tema « Aeromalsania ». Riassumendo quanto egli comunicò in altre adunanze, espone studi sui fenomeni di autodepurazione che avvengono nell'aria nel pulviscolo atmosferico e nelle goccioline di nebbia. Quando tali fenomeni non si avverano, permane uno stato di inquinamento batterico per masse batteriche che aderiscono agli elementi pulviscolari e che sono capaci anche di produrre gas nocivi alla salute. L'oratore ammette anche la possibilità che questi gas assorbano virus di malattie epidemiche (come quelli di encefaliti) pensando quindi ad un concetto di simbiosi fra gas e virus, concetto che riesumerebbe, presentandole con una veste attendibilmente scientifica, le ora abbandonate teorie miasmatiche. Il Casagrandi chiude il discorso affermando che la scienza è sulla via di risolvere con dati certi e dimostrativi il mistero della viziatura dell'aria, e ciò con beneficio dell'umanità sana ed ammalata.

Le parole dell'illustre oratore furono salutate da applausi calorosi. PFL.

Da Catania.

Lezione di chiusura del Corso di tisiologia alla Clinica Medica.

Sabato 12 aprile il prof. Luigi Ferrannini ha tenuto, nell'aula della Clinica Medica, la lezione di chiusura del corso di tisiologia per i medici.

Tale corso, svolto in una trentina di lezioni ed in altrettante esercitazioni tecniche, ha avuto un indirizzo eminentemente pratico, trattando principalmente di tutti i mezzi di diagnosi e terapia della tubercolosi. Per le esercitazioni è stato utilizzato il materiale clinico del Sanatorio Ferrarotto, diretto dal prof. Fichera, ed il ricco materiale dimostrativo del laboratorio della Clinica Medica, con la cooperazione degli assistenti. Gli iscritti, in numero di 90, hanno seguito con molta diligenza lezioni ed esercitazioni, che si sono svolte in una simpatica atmosfera di cordialissima collaborazione collegiale.

Alla fine dell'ultima lezione, ha preso la parola il dott. Grasso, che interpretando l'animo di tutti i colleghi ha ringraziato il prof. Ferrannini per la sua utilissima iniziativa e per lo spirito di disinteresse e di sacrificio al quale lo svolgimento del corso è stato improntato.

Il prof. Ferrannini ha risposto ringraziando i colleghi per la loro assiduità ed esprimendo il suo fervido voto che anche in avvenire, ed all'infuori di ogni programma ufficiale, siano intensificati i rapporti di collaborazione fra la clinica e i medici pratici, in modo che la cattedra universitaria sia palestra aperta a tutti i volenterosi, organismo collettore e sviluppatore a tutte le tendenze, e dispensario pronto a tutti gli aiuti.

A. T.

NOTIZIE DIVERSE.

7° Congresso francese di tisiologia.

Avrà luogo a Bordeaux dal 30 marzo al 2 aprile 1931.

Sono stati scelti quattro temi. *Biologia*: « Il problema della batteriolisi del bacillo tubercolare » (relatori Bezançon, Philibert e Paraf). *Clinica*: « La diagnosi di attività della tubercolosi polmonare » (relatori Leuret e Caussimon). *Medicina sociale*: « Come rendere accessibile ai tubercolotici indigenti il trattamento pneumotoracico » (relatori Kuss, Seconsse e Piéchaud). *Medicina militare*: « Profilassi della tubercolosi nell'esercito » (relatore Pillod).

Il programma del Congresso comprenderà le visite agli istituti della « Fédération Girondine des Oeuvres antituberculeuses » e delle stazioni climatiche per tubercolotici al Sud-Ovest della Francia.

13° Congresso internazionale di idrologia, climatologia e geologia medica.

Si riunirà a Lisbona il 15-18 ottobre 1930.

Il Comitato Italiano per la propaganda del Congresso è costituito nel modo seguente: Presidente: sen. prof. G. B. Queirolo, dirett. Clinica Medica di Pisa; vice-presidente: dott. console med. G. Liebman, deleg. del Sindacato Med. Fasc. Naz. membri: proff. V. Ascoli, dirett. Clinica Medica di Roma; G. Carreras, R. Univ. Pisa; C. Cattaneo, R. Univ. di Milano; G. Ceresole, Osp. Civ. Venezia; Domenico Cesa Bianchi, R. Univ. Milano; L. Devoto, pres. gen. Ass. Naz. di idrol., climat. e terapia fis. Milano; M. Donati, dirett. Clinica chir. Torino; C. Frugoni, dirett. Clin. med. di Padova; sen. U. Gabbi, dirett. Clin. med. Parma; C. G. Gasperini, protomedico Gover. Rodi; F. Lasagna, R. Univ. Parma; C. Loti, R. Univ. Pisa; P. Marfori, R. Univ. Napoli; P. Castellino, dirett. Clin. med. Napoli; F. Micheli, dirett. Clin. med. Torino; sen. R. Nasini, R. Univ. Pisa; N. Pende, dirett. Clin. med. Genova; P. Piccinini, R. Univ. Milano; S. Pisani, R. Univ. Firenze; G. Ruata, R. Univ. Roma; G. Sabatini, R. Univ. Sassari; on. P. Sgobbo, R. Univ. Napoli; A. Trambusti, R. Univ. Genova; S. Vacchelli, R. Univ. Bologna; A. Valenti, R. Univ. Milano; L. Zoja, dirett. Clin. med. Milano; A. Vinaj, R. Univ. Milano, segretario generale del Comitato, via Boccaccio, 32, Milano.

IV Congresso della Società Italiana di Medicina Legale.

Avrà luogo a Bologna, nei giorni 2-3-4 giugno.

I temi delle relazioni ufficiali sono: « L'istituto peritale e le sue progettate innovazioni » (relatori: prof. Mario Carrara e sen. prof. Alessandro Stoppato); « La biologia del cadavere » (relatore prof. Giuseppe Bianchini); « Artritismo vertebrale e trauma » (relatore prof. Vittorio Putti).

L'inaugurazione del Congresso avverrà il giorno 2 giugno alle ore 10 in un'aula dell'Archiginnasio.

Il programma definitivo con l'elenco completo delle comunicazioni verrà distribuito all'apertura del Congresso.

1° Convegno della Sezione Emiliana della Società Italiana per gli studi scientifici sulla tubercolosi.

Il giorno 22 giugno prossimo nel Palazzo del Littorio si terrà a Modena il I Convegno della Sezione Emiliana della Società Italiana per gli studi scientifici sulla tubercolosi.

Della organizzazione del Convegno è stato dato incarico al prof. Arturo Campani, direttore del Consorzio Provinciale antitubercolare di Modena e fiduciario per le questioni sociali della Federazione Italiana per la lotta contro la tubercolosi.

Verranno svolte comunicazioni di indole scientifica e sociale.

I soci e gli aderenti sono pregati di inviare il titolo delle loro comunicazioni e la loro adesione non più tardi del 15 giugno p. v. al delegato regionale della Società per l'Emilia e Romagna, prof. G. Costantini, via Dante 6, Bologna.

Alla riunione possono partecipare tutti i medici dell'Emilia e Romagna, senza alcuna tassa d'iscrizione.

8° Congresso medico nipponico.

Si è svolto a Osaka dal 1° al 6 aprile, sotto la presidenza del dott. Sata. Vi parteciparono molte personalità mediche straniere, tra cui Erich Hoffmann, sifilografo di Bonn, che trattò della guaribilità della sifilide; Thornwald Madsen, serologo di Copenaghen, che prospettò le influenze stagionali sulle malattie infettive; Etienne Burnet, dell'Istituto Pasteur di Tunisi, che discusse il problema della lebbra; Arthur Black, l'odontologo di Chicago, che presentò un lavoro sulla patogenesi e la cura della piorrea alveolare; e molti altri. Della Cina erano presenti Chuan Shao Chen, direttore dell'Ufficio d'Igiene di Tsien Tsien, ed altri medici reputati, di cultura moderna.

Chiusura del corso di perfezionamento della Clinica della tubercolosi.

All'Istituto « Benito Mussolini » di Roma ha avuto luogo la seduta di chiusura del 2° corso di perfezionamento nella clinica della tubercolosi e delle malattie dell'apparato respiratorio.

L'aula era gremita di professori, assistenti dei vari padiglioni e medici iscritti al corso. Il prof. on. Eugenio Morelli ha illustrato brevemente gli scopi del nuovo Istituto sorto in Roma ed ha delineato l'azione da svolgere per più intensa e fattiva azione antitubercolare.

Il breve discorso improntato a fine altamente umanitario e rispondente alla nuova concezione fascista ha suscitato profonda commozione.

Gli applausi hanno coperto le parole del prof. on. Morelli.

Fu quindi offerto al direttore un « album » con la seguente dedica:

« All'on. prof. Eugenio Morelli, cultore insigne e sacerdote degnissimo della scienza della vita, consigliere fecondo di nobili propositi e di forti opere in lui ispirati dal grande amore per la umanità sofferente, organizzatore appassionato e sostenitore fervido della lotta antitubercolare « i discenti » del 2° corso di perfezionamento nella clinica della tubercolosi, in segno di riverente ammirazione e di non peritura gratitudine ».

Questa simpatica manifestazione di affetto che viene a conferire alla Scuola quella intimità di rapporti fra discepoli e professori, voluta dal Ministro della educazione nazionale è stata realizzata per l'interessamento del comm. dott. Ernesto Basso, segretario dell'Istituto « Benito Mussolini » e dai sigg. dott. L'Eltore, Passalacqua e Malinconico.

Il nuovo Consiglio dell'Istituto del cancro di Milano.

Sotto la presidenza del prof. Carlo Baslini, in rappresentanza del Comune di Milano, si sono radunati gli oblatori inscritti nel Libro d'oro dell'Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro, ed hanno proceduto alla nomina dei componenti il nuovo Consiglio d'amministrazione dell'Ente, in sostituzione degli uscenti per compiuto quinquennio.

L'assemblea all'unanimità ha rieletto gli amministratori scaduti signori: prof. Serafino Belfanti, prof. Annibale Bertazzoli, principessa Rosanna Borromeo Arese Leonardi, conte Febo Borromeo d'Adda, marchese sen. Giuseppe De Capitani d'Arzago, avv. Sileno Fabbri, rag. Dante Gaslini, conte dott. Alessandro Messea, dott. Arnaldo Mussolini, conte ing. Carlo Radice Fossati, ing. Raimondo Targetti.

Il sanatorio di Ariccia gestito dalla Croce Rossa.

Il sanatorio fondato ad Ariccia per la generosa iniziativa di Alberto Bergamini, allo scopo di accogliere e curare bambini della provincia di Roma affetti da rachitismo, deformità e tubercolosi delle ossa, suscettibili di guarigione, è stato ceduto per cinque anni dall'amministrazione del « Giornale d'Italia » alla Croce Rossa Italiana, affinchè sia dato nuovo impulso ai servizi di assistenza all'infanzia.

Per solennizzare l'avvenimento, ha avuto luogo l'11 corr., una cerimonia, il cui significato è stato reso più alto dalla presenza della duchessa d'Aosta. V'intervennero il sen. Cremonesi, presidente della Croce Rossa, il principe Chigi della Commissione amministrativa del Sanatorio e numerose personalità.

Centri del radium in Inghilterra.

La Commissione del radium in Inghilterra ha creato dodici centri nazionali del radium, in altrettante sedi di scuole mediche. Non vi è compresa Londra, in cui vengono pure costituiti due centri: uno per lo studio del radium, al Westminster Hospital; l'altro per le applicazioni terapeutiche, per l'insegnamento e per ricerche d'ordine pratico, al Mont Vermon Hospital.

Fra tutto la Commissione ha assegnato 22 grammi di radium.

Il « Medical Research Council », in collaborazione con la Commissione per la lotta contro il cancro, ha fatto distribuire a tutti i centri, delle serie di moduli, destinati a campionare le osservazioni ed a rendere i risultati comparabili.

Beneficenza.

Il sig. Georges Blumenthal e la sua signora, di New York, hanno donato al dott. Mourier, direttore generale dell'Assistenza pubblica in Francia, la somma di 300.000 franchi, destinata agli operati del servizio del dott. J.-M. Le Mée, nell'« Hôpital des Enfants Malades » di Parigi.

Conferenza del prof. Ranelletti.

Il prof. Aristide Ranelletti di Roma ha tenuto, al Circolo Giuridico di Milano, una brillante e dotta conferenza sul tema: « Le assicurazioni nel-

la legislazione del Lavoro in Italia ». Assisteva una numerosa folla di magistrati, avvocati e medici.

L'oratore, che fu presentato dal gr. uff. Sileno Fabbri, preside della provincia di Milano, ha messo in rilievo l'opera compiuta dal Governo fascista che nel campo delle assicurazioni sociali, ha portato l'Italia all'avanguardia delle nazioni civili. Il prof. Ranelletti è stato calorosamente applaudito e vivamente complimentato.

Avanzamenti nel corpo sanitario militare.

Alla Camera dei Deputati è stato presentato un progetto di legge riguardante nuovi provvedimenti per stabilire i limiti di età entro i quali assegnare gli ufficiali in congedo ai vari reparti per gli impieghi di guerra. Dopo approvata la suddetta legge, verrà di conseguenza anche la modificazione al regolamento sull'avanzamento.

Medaglia Nightingale.

La medaglia « Florence Nightingale » è stata conferita alla sig.na Génin, direttrice dell'Ospedale-Scuola della « Société de secours aux blessés militaires » (square des Peupliers, Parigi). Furono pronunziati discorsi dal generale Pau, dalla marescialla Lautey, dal prof. Legueu e da Desbordes.

Banca per i medici in Polonia.

I medici polacchi hanno nominato una Commissione incaricata di fondare una banca per azioni, riservata ai medici: essa presterà un appoggio pecuniario ai medici, onde permettere loro di stabilirsi, di fondare dispensari, ambulatorii, case di salute, ecc.

Anniversario di laurea.

I medici laureati a Padova nel 1900 sono invitati a mandare con sollecitudine il loro preciso indirizzo al dott. Umberto Grandis, Cinto Caomaggiore, Venezia.

Saranno poi informati del luogo e del giorno del convegno che ha lo scopo di festeggiare il 30° di laurea.

Vittime del dovere professionale.

È morto a Nancy il dott. Henry Bichat, di setticemia consecutiva ad una puntura alla mano, praticatasi operando un malato. Egli contava 52 anni. Sul feretro il prefetto depose la medaglia d'oro delle epidemie.

* * *

È morto a Le Havre il dott. Bossière, radiologo, in seguito ad una radiodermite dichiaratasi nel 1924 e per la quale egli aveva dovuto subire successivamente l'amputazione di un dito alla mano sinistra, l'amputazione del braccio corrispondente e infine la disarticolazione della spalla.

Medico assolto.

Il dott. Carmine Nicotera, che lo scorso anno uccideva a Milano il maggiore di fanteria Umberto Bertini, è stato assolto in istruttoria, per totale infermità di mente, e ricoverato in un manicomio. Il perito d'accusa prof. Bravetta e il perito di difesa prof. Varenna, nominati per giudicare lo stato mentale dell'imputato, erano giunti a risultati discordi; nominato un terzo perito, nel prof. Medea, questi si manifestava d'accordo col prof. Varenna. La Sezione d'Accusa del Tribunale ha accolto questa tesi, validamente sostenuta dal difensore.

Le nascite e le morti in Italia nel 1929.

Dal Notiziario demografico dell'Istituto centrale di Statistica si rileva che i nati vivi nel regno, durante il 1929, sono stati 1.035.866, con una differenza in meno di 32.700 in confronto dell'anno precedente. Il numero dei morti ha avuto, rispetto al 1928, un aumento di 21.791, salendo infatti a 660.609. L'eccedenza dei nati sui morti è stata di 357.257 con una differenza di 54.491; questa è dovuta in parte al minor numero di nati, in parte al maggior numero di morti nel 1929 rispetto all'anno precedente.

MAX MATTHES

È morto il 26 marzo, a Merano, MAX MATTHES, che era direttore della Clinica universitaria di Königsberg. Presa la libera docenza, a 28 anni, con un lavoro sperimentale sulla patogenesi dell'ulcera gastrica, ancor oggi degno di esser letto, succedette nel 1899 a Krehl, nella direzione del Policlinico di Jena e si andò allora occupando soprattutto di questioni di pratica clinica. Data da quel tempo il suo trattato di idroterapia, nel quale, basandosi essenzialmente sulla fisiologia, dà una quantità di consigli pratici, di particolare utilità per il medico.

Passò poi come direttore del grandioso ospedale Lindenburg di Colonia ed ottenne, nel 1911, la nomina a professore ordinario a Marburg. Quivi iniziò il suo libro sulla diagnosi differenziale delle malattie interne, che portò poi a compimento a Königsberg, dove succedette, nel 1916, a Schittenhelm. Questo eccellente trattato, ben noto a tutti i medici, ha raggiunto recentemente la VI edizione ed è stato tradotto in 8 lingue. Esso rappresenta un'enorme somma di lavoro, tanto più che Matthes voleva personalmente sperimentare il valore di qualsiasi metodo di ricerca clinica.

Mente limpida e stilista brillante, egli eccelleva nell'insegnamento, specialmente per la sua capacità di rendere chiare le questioni più astruse e complesse. Non ha fondato nessuna scuola, nel senso vero della parola, in quanto che egli, essenzialmente clinico, lasciava ai suoi collaboratori la massima libertà, ma dava ad essi un grande impulso sicchè, dalla clinica di Königsberg è uscito, sotto la sua direzione, un numero stragrande di lavori. I campi che egli maggiormente preferiva erano l'ipertonia, l'asma, l'anemia perniciosa, la linfogranulomatosi, le malattie infettive. Particolare attenzione rivolse alla dietoterapia, specialmente per le malattie cardiache.

Mente aperta alla coltura generale, egli seguiva con passione le correnti del pensiero filosofico, aveva una profonda conoscenza dell'opera di Goethe e si era dato negli ultimi anni allo studio della matematica superiore. Ma egli fu soprattutto clinico, attaccato con passione all'insegnamento, e visse fedele al motto che egli spesso citava: che cioè il clinico deve agire soltanto con il suo esempio.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Ann. Institut Pasteur, gen. — A. CALMETTE e al. BCG.

Bull. Méd., 1 feb. — G. DUMAS. Il dolore.

Presse Méd., 1 feb. — G. MOURIQUAND. Precarenza.

Nederl. Tijd. v. Geneesk, 1 feb. — W. NOLEN. Pneumonia migrans seu erysipelatosa. — G. P. FREETS. Encefalite epidem. cronica.

Mediz. Klinik, 31 gen. — K. DOPPLER. Diatesi angiospastica. — R. NÜMBERG. Scarlattina e urobilinuria.

Riv. Sanit. Sicil., 1 dic. — G. CARONIA. Vaccini tifici lisizzati. — 1 gen., G. EPIFANIO e G. COLA. Funzione endocrina delle gland. interstiz.

Gaz. d. Hôp., 29 gen. — E. DOUMER. Le radiodermiti e loro trattam.

Mediz. Welt, 1 feb. — Diagnosi radiolog. differenz. tra cancro e ulcera dello stom. — K. VOGEL. Esame funzionale degli organi dell'udito e dell'equilibrio.

Deut. Med. Woch., 31 gen. — M. GRUNWALD, KALIEBE. La malattia da pappagalli.

Lancet, 1 feb. — G. MONOD. L'immunità da un nuovo punto di vista.

Arch. Argent. Enferm. Apar. Digest. ecc., dic. — C. BONORINO UDAONDO e al. Volvolo parziale dello stomaco. — G. M. MIRANDA. Diagn. radiolog. dell'appendicite cron.

Practitioner, feb. — R. CRUCHET. Eziologia dell'encefalite epidem. — L. COLE. Ipoglicemia nel diabete. — E. NESNERA. Trattam. abortivo dell'influenza.

Riv. Ital. di Ginec., dic. — A. MARTINOLLI. Tbc. uterina a localizzaz. miometrale.

Quarterly Journ. of Med., gen. — T. THOMPSON e W. EVANS. Embolismo paradosso. — F. PARKES WEBER e J. R. PERDRAU. Neurofibromatosi periostea. — F. L. GOLLA e S. ANTONOVITCH. Registraz. clinica continua della pressione sang. — M. MAIZELS e C. B. MCARTHUR. Alcalemia nella diarrea infant. — E. C. DODDS e J. D. ROBERTSON. Origine dell'ac. lattico nello stomaco.

Soc. d. Hôp., 27 gen. — C. ACHARD. Nefrite ipocloremica trattata con la clorurazione. — J. HUTINEL e al. Peri-arterite nodosa di Kussmaul.

Soc. des Chirurg., 20 dic. — PETIT DE LA VILLEON. Cancro del mediastino. — MULLER. Gravidanza con due crisi d'appendicite; operaz., guarigione, parto a termine.

Zbl. f. Chir., 1 feb. — P. FRANGENHEIM. Trattamento delle fistole congenite laterali del collo. — J. KUDRNÁC. Peritonite gassosa.

Clinica Chirurg., dic. — MAIRANO e VIRANO. Cranioplastica con autotrapianti di cartilagine elastica. — SANTERO. Torsione in massa dell'omento; operaz.; guarig.

Arch. Ital. di Chir., 2. — M. ARLOTTA e G. DELFINI. Cavernoma del cordone spermatico. — M. FASANO. Semplificazione tecnica nell'amputaz. addomino-perineale del retto.

Minerva Med., 3 feb. — A. PIAZZA MISURICI. Speciale reazione diagnostica per i tumori maligni umani.

Journ. Méd. Franç., dic. — Numero sull'ipotensione.

Soc. d. Chirurgiens, 10 gen. — C. BUIZARD. Trombosi cronica splenica. — P. DE LA VILLÉON. Anomalia congenita del colon destro. — LE FUR. Vesciculografia.

Paris Méd., 1 feb. — Numero di radiologia.

Rif. Med., 27 gen. — D. GIORDANO. Peculiarità di sintomi e modalità di interventi in appendiciti. — E. PERITI. Azotemia e glicemia nelle nefriti.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII — Roma, 2 Giugno 1930 — Num. 22

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI VERONA - SEZ. CHIRURGICA
diretta dal prof. S. SPANGARO.

Sulla terapia della ritenzione di urina postoperatoria.

Dott. E. FIORINI, aiuto.

Da un paio di anni (e molto ci incoraggiò il consiglio del nostro Maestro) ci siamo prefissi di vincere la ritenzione di urina post-operatoria con mezzi medicamentosi, evitando cioè una pratica sempre pericolosa, antipatica e a tutti sgradita qual'è quella del cateterismo. Possiamo dire di essere riusciti nel nostro intento. Su 53 casi di ritenzione post-operatoria di urina trattati senza cateterismo si ottennero risultati positivi in 44 casi, incerti o tardivi in 6 e negativi in 3.

Fra i disturbi dell'apparato urinario che possono complicare un normale decorso post-operatorio non poca importanza hanno quelli che sono legati ad una diminuzione o ad una sospensione nella secrezione o nella emissione dell'urina e cioè: *l'oliguria, l'anuria, e la ritenzione d'urina.*

L'oliguria è un fenomeno quasi costante. In genere trattasi di un inconveniente di non grande importanza e non è legato a rilevanti lesioni dell'apparato escretore dell'urina. In un altro lavoro abbiamo cercato di dimostrare come il trauma operatorio e la narcosi scarsamente, raramente agiscano sull'apparato urinario. Alle stesse conclusioni portarono ricerche di altri Autori. Probabilmente si determina nel rene un'irritazione transitoria, ma talmente insignificante da non dar sentore di sè che con qualche molestia lombare e con una fugace diminuzione di escrezione urinaria. Il fatto constatato che l'oliguria è molto più accentuata durante le stagioni calde, anzichè durante quelle fredde ci fa pensare che notevole importanza abbia anche il fattore sudorazione. E non v'è dubbio che gli operati che sudano copiosamente accusano il bisogno di urinare molto più tardi di quelli che non sudano. Alla produzione dell'oliguria non scarsa influenza deve essere attribuita alla limitazione nella ingestione di bevande, a cui sono in ge-

nere sottoposti gli operati, che si fa sentire diminuendo la secrezione urinaria.

L'anuria post-operatoria è un fenomeno che sta invece a dimostrare generalmente l'avvenuta offesa, più o meno grave, dell'apparato urinario. Però fortunatamente nel maggior numero dei casi tale lesione è leggera e il fenomeno è transitorio. Dopo 18, 20, 24 ore la funzionalità riprende e l'operato incomincia ad accusare stimolo alla minzione. In caso invece che l'anuria persista insorgono fenomeni allarmanti. Il malato incomincia ad essere inquieto e insonne. A questo stato di irrequietezza subentra depressione generale; la lingua si fa arida e patinosa, le labbra screpolate, le pupille miotiche e talvolta si osservano tremori muscolari. Possono svilupparsi infine tutti i sintomi dell'uremia. Il polso diviene frequente, la temperatura scende sotto il normale, l'intelligenza si mantiene generalmente limpida fino agli estremi.

Naturalmente tutti i mezzi per combattere l'uremia e le sue conseguenze debbono in questi casi essere messi in azione. Raramente però l'ammalato giunto a questo punto ha la possibilità di riprendersi.

La ritenzione d'urina è fatto più frequente e molto meno grave che l'anuria. Tuttavia talvolta essa è talmente ribelle nelle recidive, da riuscire pericolosa per l'integrità vescicale, se non si osservano, nel combatterla, tutte le precauzioni che verremo esponendo.

Le cause che determinano l'insorgere della ritenzione d'urina sono molteplici. Indubbiamente ha grande importanza la posizione a cui è costretto l'operato. Esistono individui che in posizione supina non riescono ad urinare; basta voltarli su di un fianco perchè la minzione si effettui. Altri non riescono ad urinare, se non scendono dal letto. Fra i casi da noi osservati v'è quello di un operato per fistola anale che dopo 18 ore dall'operazione non aveva ancora urinato, benchè accusasse un forte stimolo alla minzione. A nulla valse l'iniezione endovenosa di pilocarpina ed altri rimedi del caso. Con tutte le precauzioni possibili lo si fece scendere dal letto, ciò che valse a farlo urinare istantaneamente.

Viene consigliata come posizione migliore la genu-pettorale. Ci sembra però che in generale possa riuscire molto meno incomodo far scendere un operato dal letto, anzichè metterlo in tale posizione.

Di notevole importanza nel favorire la ritenzione d'urina post-operatoria è pure la sede in cui venne praticata l'operazione. In genere le operazioni sul retto e sui genitali sono quelle che maggiormente la determinano. In minor grado tutte le altre operazioni che interessano la metà inferiore dell'addome. Dopo operazioni per ernia noi l'abbiamo riscontrata nel 25 per cento dei casi, per varicocele nel 25 per cento, per appendicite nel 9 per cento, per fibroma uterino e per cistoma dell'ovaia nel 20 %.

La maggior frequenza nei casi di operazioni ai genitali esterni e al retto può ricercarsi in uno spasmo riflesso degli sfinteri vescicali, provocato dal dolore dell'operazione e dall'irritazione esercitata sulle mucose mediante liquidi disinfettanti. I disinfettanti e specialmente la tintura di iodio che accidentalmente vengono in contatto col meato uretrale determinano spesso una ritenzione urinaria riflessa che in molti casi potrebbe essere evitata. Abbiamo notato che quando nelle operazioni ai genitali esterni si ha cura di non toccare coi disinfettanti lo sbocco uretrale, la ritenzione di urina si aveva con molto minor probabilità.

Lo Spangaro ritiene che la frequenza della ritenzione d'urina dopo operazioni praticate nella metà inferiore dell'addome dipenda anche dall'*addolorabilità della parte*. Non si deve dimenticare che l'atto della minzione si verifica anche per azione della muscolatura addominale, della « Bauchpresse » dei tedeschi. Naturalmente l'operato alla metà inferiore dell'addome evita le contrazioni della parete che sarebbero certamente dolorose e ne viene di conseguenza che l'atto della minzione privato di una forza ausiliaria di una certa importanza verrà più difficilmente espletato.

Da alcuni viene data importanza al genere di anestesia; si dice che quella generale, specie se prolungata favorisce la ritenzione molto più frequentemente che l'anestesia locale o spinale. Ciò è in parte vero, benchè nei nostri casi la ritenzione di urina in operati con analgesia non si sia dimostrata molto meno frequente che in operati con anestesia generale. Il vero è che generalmente l'analgesia è usata per interventi di breve durata, che non possono favorire in altra maniera l'insorgere della ritenzione urinaria.

Naturalmente nella valutazione della frequenza si deve anche tener conto della preesistente integrità degli organi urinari. Se preesisteva cistite o anche semplice uretrite, naturalmente la ritenzione sarà in tali casi molto più probabile, tanto più che l'atto operatorio esalterà lo stato morboso preesistente.

Non abbiamo trovato che in individui eccitabili, eretistici, emotivi la ritenzione sia molto più frequente che in altri. È più frequente invece il fatto che tali individui, a causa della loro scarsa resistenza al male si lamentino degli stimoli ad urinare molto più precocemente che altri, richiedendo un intervento curativo immediato, anche quando una paziente attesa

avrebbe senza alcuna cura rimediato al disturbo.

Secondo Goldmann la patogenesi della ritenzione d'urina sarebbe facilmente spiegata. All'atto della minzione presiedono tre nervi e cioè: un ramo del pudendo, che innerva lo sfintere striato, il nervo pelvico del parasimpatico, che provoca la contrazione del detrusore e il rilasciamento dello sfintere interno, e il nervo ipogastrico del simpatico, che ha azione opposta a quella del precedente. La patogenesi, secondo tale A., si compendierebbe in una atonia del simpatico, atonia provocata in varie maniere dall'intervento.

Tale teoria potrebbe essere imputata di soverchio semplicismo, perchè i fattori che concorrono alla patogenesi della ritenzione d'urina post-operatoria sono certamente più numerosi e complicati.

Il Ducuing per esempio, parlando di alcuni tipi di flebiti post-operatorie, descrive flebiti a sintomatologia vescicale e vere e proprie flebiti della vescica. Queste si manifesterebbero con fatti di disuria o di ritenzione o di incontinenza vescicale. La ritenzione di tale natura sarebbe molto più grave e insorgerebbe tardivamente. In ciò si differenzia dalle ritenzioni dovute ad altre cause. Due dei nostri casi di ritenzione, più ribelli furono probabilmente di tal natura: una signora alquanto deperita ed emaciata, venne operata di voluminosissimo cistoma ovarico. Il decorso post-operatorio fu normalissimo; soltanto, in sesta giornata, venne colta da ritenzione d'urina, invincibile con qualsiasi trattamento medicamentoso, tanto che la si dovette ripetutamente cateterizzare. In seguito i fatti vescicali andarono gradatamente scomparendo. Un'altra signora operata, per fibroma dell'utero, dopo qualche giorno dall'operazione fu colta da trombo-flebite agli arti inferiori e in ventesima giornata da ritenzione d'urina più volte recidivata.

Dopo l'atto operatorio è necessario attendere un certo periodo di tempo per poter parlare di ritenzione di urina. Tale periodo di tempo è variabile a seconda dei soggetti e a seconda delle stagioni durante le quali l'operazione venne praticata, ma non potrà essere inferiore alle dieci-dodici ore, ammettendo che tutti gli operati abbiano urinato poco prima dell'operazione.

Tanto più lontani ci portiamo da tale limite di tempo e tanto meno frequenti saranno i casi di ritenzione. Più che delle sensazioni soggettive si terrà conto dell'esame obbiettivo. Infatti esistono individui che tollerano, senza lamentarsi, una vescica distesa al massimo grado, mentre altri si lamentano con una ritenzione di pochi cmc. di urina.

Uno degli elementi più importanti per la diagnosi differenziale con l'anuria è appunto questo. Perchè tanto l'anuria che la ritenzione possono non dare sintomi soggettivi, per cui di massima importanza appare in questi casi la delimitazione del globo vescicale.

***

I mezzi proposti per combattere la ritenzione d'urina post-operatoria sono molteplici; bisognerà però esperimentare per primi i più semplici ed innocui.

Abbiamo già parlato del cambiamento di posizione del malato. Si ricorre talvolta e con qualche successo a mezzi puramente suggestivi, come quello di far cadere da una certa altezza dell'acqua in un recipiente, in modo da imitare il rumore che il getto urinario fà nel vaso. Anche la vescica e gli impacchi di acqua calda sulla regione soprapubica possono talvolta, benchè raramente, avere il loro benefico effetto.

Il semicupo caldo, nei rari casi in cui sia effettuabile, permetterà molto probabilmente di far urinare il p. nell'acqua stessa. Alcuni consigliano l'uso di limonate calde, altri l'uso di leggeri purganti, a causa dei rapporti nervosi tra vescica e retto, altri di clisteri ecc. Non si dovrà però insistere troppo su tali mezzi, che molto spesso si mostreranno inefficaci.

Vi sono invece rimedi ad azione più sicura come quelli che mirano ad eccitare la vescica sia direttamente sia attraverso il sistema nervoso.

Già nel 1903 il Brasch proponeva l'introduzione in vescica di una soluzione boroglicerica al 20 % e il Taussing l'introduzione in vescica di aria. Il secondo di tali mezzi non venne seguìto, ma l'introduzione di glicerina boricata trovò qualche fautore. Così il Fermaud, che su una trentina di casi ebbe quindici successi immediati ed il Raffo che ottenne il 90 % di successi, tanto da essere indotto a ritenere questo mezzo consigliabile, quando tutti gli altri siano falliti.

In genere la soluzione boroglicerica al 20 % si introduce nella vescica piena mediante catetere e in quantità di 10 cmc. Ma tale metodo si presta ad alcune obbiezioni; anzitutto se noi cerchiamo un mezzo per combattere la ritenzione d'urina, lo facciamo per evitare l'uso del catetere, che in questo caso invece si rende indispensabile. Secondariamente la glicerina boricata provoca talvolta vere e proprie cistalgie, non meno dolorose e noiose di quelle determinate dalla ritenzione d'urina.

Le sostanze che possono eccitare indirettamente la vescica sono varie e fra queste le più

comuni sono la pituitrina, per via ipodermica (Ebeler, Jaschke), che però non da tutti fu trovata efficace, la pilocarpina per via endovenosa o sottocutanea, la urotropina o il cloruro di Ca. per via endovenosa.

***

In 53 casi di ritenzione di urina postoperatoria abbiamo trovato i seguenti rimedi: iniezioni endovenose di pilocarpina, iniezioni endovenose di urotropina, iniezioni endovenose di cloruro di Ca., introduzioni in vescica di glicerina borica, e, per la prima volta, clisteri di pilocarpina.

Dobbiamo premettere che i pazienti vennero sottoposti a questi rimedi non soltanto quando avevano una discreta quantità d'urina in vescica, ma anche quando impellente accusavano il bisogno di urinare. Ciò avveniva in un periodo di tempo che variava dalle 10 alle 24 ore dopo l'operazione. In qualche operato si attesero anche 25 e 30 ore. Questi furono casi però in cui, per l'abbondante sudorazione, il paziente aveva avuto scarsa secrezione d'urina e poco avvertiva il bisogno di urinare.

Abbiamo sempre iniziato il trattamento coi mezzi più semplici (vescica calda, cambiamento di posizione ecc.) e siamo passati poi agli altri rimedi, quando i primi avevano fallito.

La introduzione in vescica di 10 cmc. di soluzione di glicerina boricata al 20 % dimostrò poca efficacia. Inoltre provocò l'insorgere di cistalgie che ci indussero a desistere da tale mezzo.

In quattro casi provammo le iniezioni endovenose di urotropina Schering (5 cmc. al 40 per cento) anche queste presto abbandonate, perchè quasi sempre inefficaci.

Le iniezioni endovenose di cloruro di Ca. (gr. 0,50 in 10 cmc. di acqua) si mostrarono più efficaci. Di cinque casi trattati si ottenne la immediata e spontanea minzione in 3. Gli altri 2 vennero trattati con altri mezzi. Una percentuale perciò del 60 % di successi. Però tali iniezioni provocavano notevole senso di calore e talvolta ambascia e malessere, che molestavano notevolmente i P.

Le iniezioni endovenose di pilocarpina diedero risultati superiori ad ogni aspettativa, risultati che ci indussero ad abbandonare tutti gli altri rimedi.

La pilocarpina è sostanza che proviene dal *pilocarpus pinnatifolius* ed usasi sotto forma di cloridrato. Essa provoca rossore del volto, pulsazioni alle carotidi, respiro frequente, scialorrea, sudorazione, lacrimazione, aumento della peristalsi e delle secrezioni gastro-intestinali; avrebbe azione stimolante il parasimpatico, benchè in alcuni casi possa avere un'azione nettamente eccitante il simpatico (Hoet). È analoga alla nicotina e in forti dosi provoca la morte, con sintomi di collasso cardiaco. Essa agirebbe sul nervo pelvico provocando la contrazione del detrusore e il rilasciamento dello sfintere interno. Goldmann la trovò efficace nel 92 % dei casi di ritenzione d'urina.

Noi l'abbiamo usata a dosi varie, a seconda del sesso e delle condizioni generali dell'individuo e a seconda dell'intervento da questi subito. Negli individui robusti per es. e che non erano stati operati nel tubo gastro-enterico si usarono dosi di un centigrammo, mescolato al momento dell'uso con 7 cmc. di acqua. La dose però più comunemente usata era di otto milligr. Negli individui depressi e nelle donne le dosi variavano da 5 a 7 milligr.

L'uso della pilocarpina viene sconsigliato negli individui operati all'apparato digerente perchè le si attribuisce un effetto eccitante la peristalsi. È vero realmente che anche nei nostri casi venne accusato qualche movimento delle anse, ma sempre di poco conto. L'abbiamo usata, benchè in dosi ridotte, dopo operazioni di appendicite, di fistola anale, di emorroidi e senza alcun inconveniente.

Talvolta l'iniezione di pilocarpina era seguita immediatamente da rossore del volto, scialorrea, sudorazione abbondante, talvolta anche vomito. Spesso la minzione spontanea incominciava ancora prima che la iniezione fosse terminata. Il trattamento con pilocarpina venne usato in 32 casi ed ebbe risultato nullo soltanto in due. Negli altri 30 il risultato fu indiscutibilmente favorevole, quindi con una proporzione di successi del 93 %. Le iniezioni di pilocarpina, tranne i fenomeni sopracitati, non diedero mai alcun disturbo.

In cinque casi di ritenzione, nei quali la iniezione endovenosa si presentava di difficile esecuzione, la pilocarpina venne introdotta, come clistere, in dose di tre ctgr. in 30 cmc. di acqua tiepida.

Su 5 casi 3 ebbero minzione spontanea dopo mezz'ora, gli altri non ebbero beneficio. Questo mezzo però con dosi maggiori potrà certamente mostrarsi di efficacia più sicura.

Concludendo si può affermare che i mezzi medicamentosi oggidì a nostra disposizione per combattere la ritenzione post-operatoria di urina sono di effetto così sicuro da poterci spesso dispensare dall'uso del catetere, riservando questo per quei casi nei quali detti mezzi sieno falliti, o nei quali esista qualche contro indicazione al loro impiego.

La pilocarpina, sia usata sotto forma di iniezione endovenosa, che di clistere, è quella che ci dà maggior affidamento di azione pronta ed innocua.

RIASSUNTO.

L'A. ha curato con vari mezzi la ritenzione d'urina post-operatoria. In quasi tutti i casi potè abolire l'uso del catetere. L'introduzione endovescicale di glicerina boricata al 20 % risultò irritante. Le iniezioni endovenose di urotropina si dimostrarono inefficaci, quelle di cloruro di Ca. benchè efficaci non furono scevre di inconvenienti. Fra tutte le sostanze usate come più attiva e più innocua si dimostrò la pilocarpina iniettata endovena, alla dose media di 8 millgr. o introdotta come clistere, alla dose di 3 ctgr. Essa diede successi immediati nel 92 % dei casi.

BIBLIOGRAFIA.

DUCUING. Archives franco-belges de Chirurg., n. 5, 1928.
FERMAUD. Journal de Méd. de Paris, dic. 1928.
FIORINI. Policlinico, Sezione pratica, 1927.
GOLDMANN. Archiv. f. Klin. Chirurg., 1927, volume 147.
HOET. Presse Méd., 1928, n. 72.
MARFORI. *Trattato di materia medica.*
RAFFO V. La Liguria Medica, 1929, n. 6.
WINOGRADOW. Centralblat f. Chirurg., 1928, n. 49.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI FINALE EMILIA
diretto dal prof. L. TORCHIANA.

Considerazioni sulle perforazioni da ulcera gastrica e duodenale

per il dott. BRUNO GUARALDI, aiuto.

Sebbene la letteratura riguardante le perforazioni da ulcera gastrica o duodenale si sia in questi ultimi anni assai arricchita e siano state tracciate le linee che un oculato chirurgo deve seguire, sia per la necessaria diagnosi precoce, sia per la condotta operativa, non credo tuttavia inutile riprendere l'argomento, sulla guida di alcuni casi clinici, che ho avuto occasione di seguire e che si prestano a considerazioni pratiche sopratutto dal lato sintomatologico.

CASO I. — B. Libertario, di anni 28, fattorino telegrafico, da Pisa.

Entra in Ospedale la sera dell'11-11-1927 con diagnosi di probabile appendicite.

Anamnesi famigliare negativa. Ha sempre goduto buona salute. Si è ammogliato con donna sana circa 10 mesi fa. La moglie è incinta di 6 mesi.

Racconta il paziente che pur godendo ottima salute in questi ultimi mesi avvertiva a volte, massime a digiuno, lievi bruciori di stomaco, ai quali non attribuì mai soverchia importanza.

È sempre stato buon mangiatore, discreto bevitore, forte fumatore di sigarette.

Da due giorni soffriva lievi dolori addominali. Nelle prime ore di stamane uscendo di casa ha mangiato alcune paste e bevuto un vermouth.

Verso le 7 è stato preso improvvisamente da violenti dolori addominali, diffusi a tutta la regione epigastrica e diffondentisi verso l'ipocondrio destro. Il malato dice che contemporaneamente provava una particolare difficoltà a respirare, tanto che volendo tornare a casa, non aveva la possibilità di proseguire. Ricondotto da amici a domicilio, fu messo a letto e gli furono praticate applicazioni calde, ma i dolori si fecero più violenti e diffusi in basso verso la fossa iliaca di destra.

Verso mezzogiorno comparve vomito e stato ansioso. Chiamato il medico verso il tocco questi consigliò l'immediato trasporto all'Ospedale. Entra alle ore 15.

E. O. Individuo di buona costituzione, ben conformato, con masse muscolari assai sviluppate. Colorito pallido. Pulsazioni 100. Temper. 37.3.

L'addome si presenta leggermente meteorico e fortemente dolorabile anche ad una palpazione superficiale con punto di maggior riferimento sia verso la fossa iliaca di destra che in corrispondenza dell'epigastrio.

Esiste manifesta contrattura di difesa dei muscoli addominali.

Nessuna ottusità nelle parti declivi, area epatica e splenica conservate normali. Durante l'esame clinico il malato emette, col vomito, scarso liquido di colorito verdastro.

Diagnosi: Probabile ulcera gastrica perforata.

Operazione: (prof. Torchiana) 11-11-1927 ore 16.

Eteronarcosi. Laparotomia xifo-ombelicale. Aperto il peritoneo fuoriesce in discreta quantità un liquido biancastro che si trova diffuso fra le anse. Queste appaiono dilatate, il peritoneo viscerale arrossato notevolmente. Si cerca subito il luogo della avvenuta perforazione e a questo scopo si estroflette lo stomaco e si ispeziona la parete anteriore. In corrispondenza di questa e precisamente nella regione prepilorica si nota un foro della grandezza di una lenticchia dal quale continua a fuoriuscire contenuto gastrico. Esso è a margini netti, con un bordo di tessuto duro, notevolmente spesso. Con due punti staccati in seta si affronta la breccia e si affonda sotto una accurata sutura alla Lembert. Toilette del peritoneo e detersione con batuffoli imbevuti di etere.

Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore verticale secondo V. Haker in triplice strato. Chiusura completa dell'addome.

Decorso post-operatorio: Nella serata le condizioni del malato si mantennero gravi. Gli si praticarono ipodermoclisi, iniezioni eccitanti. Il polso si fece piccolo, vuoto frequente (110). Nella notte però migliorò assai. Dopo l'intervento non si presentò più vomito. La guarigione della ferita operatoria avvenne per 1°.

Il malato uscì dall'Ospedale il 1°-1-1928.

Rivisto recentemente dichiara di godere ottima salute e di non avere più avvertito alcun disturbo. È molto ingrassato, mangia di buon appetito e digerisce bene.

CASO II. — P. Agostino, anni 34, operaio, da Finale Emilia.

Viene inviato d'urgenza in Ospedale il giorno 15-10-1928 alle ore 16 con diagnosi di peritonite da probabile appendicite.

Il paziente racconta di non aver mai sofferto in

passato malattie degne di nota; ha sempre goduto buona salute ed è stato forte mangiatore e forte fumatore di sigarette. Dice che da soli 15 giorni avvertiva senso di malessere, anoressia spiccata, nausea dopo i pasti, accompagnata da qualche dolore addominale a sede non fissa. Qualche giorno fa si è purgato con effetto e sembrava che tutto fosse ritornato alla norma, quando oggi, verso le ore 11, appena finita la colazione, è stato preso improvvisamente da violentissimo dolore in corrispondenza della regione epigastrica più accentuato verso destra e irradiato alla spalla dello stesso lato; dolore violento, atroce che ha costretto il malato a letto.

Dice il malato che egli aveva l'impressione «che gli mancasse il fiato» e che era nella impossibilità di respirare come normalmente. Ebbe anche vomito alimentare. Gli furono praticate applicazioni locali calde e somministrati calmanti, senonchè il dolore pur diminuendo un po' di intensità si è esteso in basso verso la fossa iliaca di destra, dove ora è in prevalenza.

Il medico chiamato alle 14 constatata la gravità del caso, lo ha subito inviato in Ospedale.

Al momento dell'ingresso (ore 16) si nota: Individuo di buona costituzione per quanto assai emaciato, colorito della cute e delle mucose visibili pallido, decubito supino, respirazione calma prevalentemente toracica. Qualche colpo di singhiozzo. Polso 88. Temp. 37. Nulla di notevole a carico dell'apparato respiratorio e circolatorio; a carico invece dell'addome il reperto più importante è una marcatissima contrazione di difesa estesa a tutto l'addome che si presenta avvallato e rigido.

L'area epatica è conservata, così pure la splenica. Ad una palpazione anche lieve l'ammalato accusa dolorabilità vivissima in corrispondenza della fossa iliaca di destra, meno intensa, ma pure abbastanza viva all'intorno dell'ombelico e nella metà destra della regione epigastrica.

Data questa sintomatologia e la obbiettività presentata dal malato si formula la seguente diagnosi:

Peritonite da probabile ulcera duodenale perforata.

Si propone l'intervento operatorio che viene accettato.

Operazione: (ore 18) (prof. Torchiana).

Morfioeteronarcosi. Laparatomia mediana sopraombelicale. Aperto il peritoneo si vede un liquido biancastro diffuso tra le anse intestinali più specialmente verso la metà destra del cavo addominale. Le anse del tenue e il colon trasverso si mostrano iperemiche con scarse deposizioni fibrinose sul peritoneo.

Stomaco piuttosto ectasico. Si ispeziona rapidamente la parete anteriore dello stomaco, ma non si trova alcuna lesione, invece in corrispondenza della parete anteriore della prima porzione del duodeno, 4 centimetri circa al disotto dell'anello pilorico, dove più è abbondante il liquido biancastro, si trova una perforazione a stampo, del diametro di circa un centimetro, a margini netti con notevole ispessimento all'intorno.

Tutta questa zona è ricoperta da stratificazioni fibrinose recenti e dal foro della perforazione fuoriesce abbondante contenuto gastrico.

Si praticano due punti di chiusura in seta, ma il tessuto friabile cede con facilità, cosicchè si è costretti a ripetere la sutura comprendendovi maggiore quantità di tessuto. Ottenuta la chiusura si pratica al disopra di essa una sutura alla Lembert e si rinforza la linea di sutura mediante fissazione a punti staccati in seta di un lembo di epiploon. Terminato questo primo tempo della operazione si pratica una gastroenterostomia transmesocolica posteriore secondo V. Haker ad ansa verticale, piuttosto corta.

Sutura a punti staccati del meso alla parete gastrica. Accurata toilette peritoneale. Per meglio detergere e prosciugare la cavità addominale dal liquido fuoriuscito e diffuso in basso verso la fossa iliaca si affondano 2 flanelle una al disotto del colon trasverso e una in corrispondenza della zona sottoepatica e si dà al paziente posizione di Trendelenburg. Si estraggono le flanelle e si completa la toilette mediante batuffoli montati su pinze e imbevuti di etere. Chiusura completa della parete addominale in triplice strato.

Il malato ha sopportato ottimamente l'intervento. Nei primi giorni ha presentato temperature piuttosto elevate, poi tutto è ritornato alla norma. In 8ª giornata si tolgono i punti. Guarigione per 1ª. Quando l'ammalato stava per uscire dall'Ospedale è stato colpito da lieve bronchite che ha prolungata la degenza di una settimana.

CASO III. — B. Antonio, anni 26, possidente, da Reno Centese.

Entra in Ospedale d'urgenza la mattina del 12-XII-1928.

Nessuna malattia in passato se si eccettua tifo tre anni fa complicato da bronco-polmonite. Ha sempre goduto poi buona salute ed è stato forte mangiatore e bevitore. Da circa una settimana si sente poco bene, tanto da non potere attendere come di consueto alle sue occupazioni; avvertiva negli sforzi che faceva sul lavoro viva dolorabilità all'epigastrio. Non aveva però alcun disturbo funzionale a carico dello stomaco e poteva nutrirsi come normalmente senza dolori, nè eruttazioni acide.

La sera dell'11 dicembre 1928 ha mangiato abbondantemente poi si è coricato. Verso mezzanotte è stato colpito da dolori dapprima tenui, poi fortissimi, localizzati all'epigastrio con irradiazioni in basso, verso la fossa iliaca di destra. Tali dolori gli procurarono un senso di profonda ambascia respiratoria, agitazione e non erano influenzati da applicazioni calde.

Il medico chiamato nelle prime ore della mattina al letto del paziente, ha fatto praticare un piccolo clistere di glicerina rimasto senzà effetto, poi vedendo le condizioni del malato aggravarsi e subentrare vomito, giustamente impressionato da una marcata contrazione di difesa dei muscoli della parete addominale, nel dubbio di una perforazione lo ha inviato in Ospedale.

E. O. Individuo di buona costituzione. Temperatura 37°,5. Polso 90. Qualche conato di vomito, singhiozzo. Respirazione prevalentemente costale. L'addome si presenta leggermente meteorico con marcatissima contrazione di difesa, dolorabilità vivissima in corrispondenza della regione epigastrica e in basso verso la fossa iliaca di destra. Area epatica conservata.

Diagnosi: Peritonite da ulcera duodenale perforata.

Operazione: 12-XII-1928: ore 11 (prof. Torchiana).

Morfioeteronarcosi. Laparotomia mediana sopraombelicale. Aperto il peritoneo si notano le anse intestinali assai dilatate e iperemiche, ricoperte qua e là da stratificazioni fibrinose recenti.

Nulla a carico dello stomaco che si presenta piuttosto ectasico.

In corrispondenza invece della prima porzione del duodeno circa 2 centimetri al disotto dell'anello pilorico nella faccia antero-laterale, si presenta subito una perforazione a margini netti di circa 5 millimetri di diametro circondata da notevole ispessimento infiammatorio.

Discreta quantità di liquido giallo-sporco purisimile si trova diffuso tra le anse al disotto della perforazione, e stratificazioni fibrinose si estendono all'intorno della zona perforata. Detersa la regione si pratica la chiusura dell'ulcera a punti staccati in seta. Data la grande friabilità del tessuto si rinforza la linea di sutura con lembi di epiploon. Completato questo tempo dell'operazione si esegue una gastroenterostomia posteriore transmesocolica, isoperistalica, verticale ad ansa corta.

Accurata toilette del peritoneo ricorrendo come nel caso precedente alla posizione di Trendelenburg. Disinfezione all'etere del focolaio di perforazione. Chiusura totale delle pareti in triplice strato. Il decorso post-operatorio è stato ottimo.

Dopo l'operazione non si è più presentato nè vomito nè singhiozzo.

In seconda giornata polso a 70, emissione di gas in 3ª giornata.

In 7ª giornata si tolgono i punti. Esce dall'Ospedale il 22 dicembre 1928.

CONSIDERAZIONI.

Mi è sembrato interessante riportare i presenti casi per alcune considerazioni di ordine sopratutto pratico. Lascierò quindi da parte le varie questioni di indole prevalentemente statistica, inerenti cioè al sesso, all'età in cui con maggior frequenza suole verificarsi la perforazione dell'ulcera gastrica o duodenale, per venire invece alla sintomatologia che la malattia suole presentare.

Dirò subito che nei nostri casi nessun dato anamnestico si è avuto all'infuori di bruciori di stomaco nel 1° caso e di dolori addominali a sede non fissa insorti 15 giorni prima nel 2° e una settimana prima nel 3° caso.

La malattia è scoppiata improvvisa dopo la ingestione del pasto nel 1° e nel 2° caso, nel riposo nel 3°, con dolori addominali violentissimi (caso 1°-2°) mentre nel 3° i dolori dapprima furono piuttosto lievi e andarono rapidamente aumentando di intensità.

Tutti i pazienti ci hanno descritto questo dolore acuto violento lacerante che li attanagliava all'epigastrio e non dava loro la possibilità di compiere alcun movimento. Ma essi ci hanno anche raccontato che contemporaneamente all'insorgere del dolore furono colpiti da speciale ambascia respiratoria, per la quale essi avevano l'impressione che mancasse loro il respiro e ciò non faceva che aumentare il loro speciale stato di irrequietezza e di agitazione. Questo stato di cose però fu di breve durata, tanto che poco dopo la respirazione si ristabilì in modo quasi normale, mentre i dolori addominali si estendevano verso il basso e più precisamente verso la fossa iliaca di destra. In tutti i nostri malati contemporaneamente all'insorgere dei dolori o poco dopo si presentò vomito e singhiozzo. Il polso si fece più frequente nel 1° caso, restò invece normale negli altri due.

Sintomo oggettivo più importante fu sempre una marcatissima contrazione di difesa dei muscoli addominali per la quale l'addome si presentava avvallato e rigido. In nessun caso constatammo scomparsa dell'area di ottusità epatica.

In complesso la nostra diagnosi, che sempre riscontrammo giusta al tavolo operatorio, fu basata sopratutto sul dolore improvviso e sulla marcatissima contrazione di difesa dei muscoli addominali.

Tale sintomatologia però non è sola caratteristica dell'ulcera gastrica e duodenale perforata, ma è comune anche ad altre affezioni addominali ad andamento acutissimo quali l'appendicite, la perforazione della cistifellea, la pancreatite acuta, ecc. ecc.

È bensì vero che specie per l'appendicite deve essere tenuta molto in considerazione la sede iniziale del dolore, ma ciò a volte è impossibile precisare quando (come nel 2° caso) i dolori sono assai vivi nella fossa iliaca di destra, dimodochè si presenta assai ardua una netta diagnosi differenziale.

E che l'errore possa essere facile sta a dimostrarlo il fatto che il nostro 2° caso entrò in Ospedale con diagnosi di appendicite acuta, e che nel 1° la diagnosi era dubbia. Del resto anche nei casi di Niosi in due fu praticato l'intervento con diagnosi di appendicite acuta e in uno la diagnosi rimase incerta, fra ulcera gastrica e appendicite. Ciò d'altronde non deve recare meraviglia, quando si pensi alle peculiari condizioni anatomiche e anatomo-patologiche che in questi casi si presentano e che spiegano chiaramente una sì complessa sintomatologia.

Si sa infatti che la maggior parte delle perforazioni gastriche hanno sede pilorica o iuxtapilorica e che, tanto in queste come nelle duodenali, secondo le esperienze di Smith, il liquido che fuoriesce si porta in basso verso

la tasca renale destra e di là ha tendenza ad estendersi in basso lungo la parete esterna del colon, tra quest'ultimo e la parete addominale, fino a raggiungere il piccolo bacino. Si comprende pertanto come il dolore possa risvegliarsi nella zona cecale più violento ancora che nella zona epigastrica e mascherare completamente la giusta diagnosi. Ciò si è verificato nel nostro 2° caso, ciò, sebbene in ritardo, si è avuto negli altri.

In tali contingenze a sintomatologia così oscura è necessario procedere ad una accurata anamnesi per stabilire prima di tutto la sede iniziale del dolore, in secondo luogo se si sono presentati sintomi tali da fare sospettare invece la lesione a sede addominale più alta. Si sa infatti che nelle perforazioni gastriche e duodenali il liquido oltremodo irritante che fuoriesce e che tende a portarsi nella tasca renale destra, fa sì che il diaframma immediatamente si immobilizzi in una contrattura dolorosa, giacchè ad ogni respirazione il malato non fa che acutizzare una sofferenza già oltremodo viva.

Ne consegue da ciò quel senso speciale di ambascia respiratoria che tutti i malati ci hanno descritto e coincidente con l'inizio del sintomo dolore, e che tende poi a diminuire vuoi per speciali compensi respiratori, vuoi per lo spostarsi in basso del liquido fuoriuscito.

Questo sintoma riflesso deve sempre essere ricercato nell'anamnesi e tenuto nella massima considerazione giacchè, se ben vagliato, può farci escludere una diagnosi di appendicite ed indirizzando giustamente l'osservatore rendere più sollecito e meno indaginoso l'atto operativo.

È bensì vero che anche nell'appendicite, come in tutte le affezioni acute addominali, si ha respirazione superficiale e a tipo prevalentemente costale, ma ciò è ben lungi da quel dolore vivo ad ogni respirazione, da quel senso di mancanza di respiro che rassomiglia a ciò che si può osservare in certe forme di pleurite o polmonite diaframmatica. E che quest'ultima somiglianza non sia a priori da scartare basta a dimostrarlo il fatto che a volte si praticarono in tali contingenze interventi addominali, nella persuasione che si trattasse di ulcere gastriche perforate.

Forse questa sintomatologia invece può avere scarso valore nella diagnosi differenziale con la perforazione della cistifellea e con la pancreatite acuta, ma in questi casi la giusta diagnosi potrà avvantaggiarsi nella prima, dall'accurata anamnesi, dalla sede e dall'intensità del dolore al momento della perforazione; nella seconda dai caratteri del polso, dalla cianosi, dalla differente intensità della contrattura di difesa addominale. Bisogna però ricordare che queste forme sono piuttosto rare a riscontrarsi nella pratica, e che gli errori più comuni avvengono nella diagnosi differenziale con l'appendicite. *È per questo che mi sembra non inutile richiamare l'attenzione nella pratica alla necessità di ricercare nell'anamnesi questa speciale contrattura dolorosa del diaframma, che si appalesa clinicamente con l'ambascia respiratoria e che unita al sintomo dolore e alla contrattura di difesa dei muscoli della parete, può indirizzare a una più sollecita diagnosi e affrettare l'intervento operativo.*

Si sa che questo ha maggiore probabilità di riuscita quanto più precocemente viene eseguito, e che le probabilità di salvezza per il malato vanno rapidamente diminuendo al di là della 12ª ora.

Nei nostri casi, essendosi l'intervento svolto sempre in tempo utile, oltre alla sutura ed affondamento dell'ulcera abbiamo sempre praticata la gastroenteroanastomosi, facendo seguire, previa detersione all'etere e accurata *toilette* peritoneale, la completa chiusura dell'addome.

RIASSUNTO.

L'A. illustra alcuni casi di ulcera gastrica e duodenale perforata, tenendo in particolare considerazione la sintomatologia presentata.

Insiste nella diagnosi differenziale con le varie affezioni acute addominali, specie con l'appendicite, e insiste nel ricercare nell'anamnesi quella contrattura diaframmatica dolorosa che si rivela clinicamente con difficoltà respiratoria, per indirizzare più sollecitamente ad una giusta diagnosi e affrettare l'intervento operatorio.

BIBLIOGRAFIA

CADENAT. *Ulcère double du duodénum avec perforation.* Bull. et. Mém. Soc. Anat., Paris, 1820.

DONATI. *La chirurgia dell'addome.* Unione Tipografica Torinese, 1914.

ID. *Chirurgia dell'ulcera gastrica.* Carlo Clausen, Torino, 1905.

SARR. *Perforating gastric duod. ulcer.* Ann. of Surgery, 1920.

HAYEM e LYON. *Malattie dello stomaco.* Unione Tipografica Editrice Torinese, 1915.

KOCHER. *Diagnose u. chir. Therapie des Ulcus Ventriculi u. duodeni.* Archiv f. Klinish Chirurgie.

VON LEUBE. *Diagnostica differenziale delle malattie interne.* Traduzione Vallardi.

MASSA e BERTONE. *Considerazioni su alcuni casi di perforazione di ulcera gastrica.* Minerva Medica, n. 32, 1929.

NIOSI. *Sulle perforazioni libere dell'ulcera gastrica con particolare riguardo alla terapia.* Annali Italiani di Chirurgia, anno I, 1912.
LEJARS. *Chirurgia d'urgenza.* Vallardi, 1922.
SMITH. Citato da MASSA e BERTONE.
SIMON. *Beit. z. Behandl. der perf. Magen u. Duodenal ulcera.* Beitrage, 3, Klin. Chirurgie, vol. 83, 1913.
TADDEI. *Diagnostica Chirurgica.* Unione Tipografica Editrice Torinese.
TESTUT JACOB. *Anatomia Topografica.* Ibid., 1918.

Ospedale di S. Spirito in Sassia - (Sala Lancisi)
Primario: Prof. GIOVANNI PILOTTI.

Ancora a proposito di un caso di tabe con crisi gastriche ed ematemesi.

Dott. VITTORIO CANTALAMESSA, aiuto.

Nell'estate del 1928 avemmo occasione di osservare all'Ospedale di S. Spirito (Sala Lancisi) un caso di tabe con crisi gastriche accompagnate da ematemesi. Questo caso apparve degno di particolare rilievo e fu illustrato nel *Policlinico* (Sezione Pratica, 1929). Ci sembra interessante ritornare oggi su di esso poichè essendo il soggetto deceduto per causa accidentale abbiamo avuto la possibilità di conoscerne il reperto anatomo-patologico.

Riassumo i dati principali dell'osservazione precedente e le conclusioni alle quali ci sembrò allora ragionevole di pervenire.

Si trattava di un individuo di 42 anni, che aveva contratto, venti anni prima, lues, e che presentava il quadro classico clinico ed umorale della tabe. Ma non furono i soliti disturbi inerenti alla tabe che indussero il paziente a farsi ricoverare in Ospedale; egli avvertiva da molto tempo, è vero, frequenti, improvvisi e rapidissimi dolori agli arti inferiori, avvertiva anche spesso parestesie alle estremità, ma non aveva dato alcuna importanza a questi disturbi che non gli impedivano di lavorare, ignorava completamente la sua grave malattia nervosa organica ed aveva avuto invece altri disturbi per i quali si riteneva piuttosto affetto da una malattia dello stomaco. Difatti si presentò alla nostra osservazione in preda ad una crisi dolorosa gastralgica violentissima, accompagnata da vomiti frequenti di materiale mucoso e nerastro nel quale fu con tutti i soliti mezzi riconosciuta in modo indubbio la presenza di abbondantissima quantità di sangue. Il dolore che il paziente localizzava nettamente all'epigastrio era insorto improvvisamente otto giorni prima dell'ingresso in reparto, si era mantenuto quasi continuo con frequenti e violentissime crisi di esacerbazione e scomparve improvvisamente dopo quattro giorni di degenza. Il vomito. presente fin dall'inizio della crisi, era stato nei primi giorni. semplicemente mucoso e solo in ultimo era diventato nerastro. Il paziente ci riferì di avere avuto nello spazio dell'ultimo anno altre due crisi dolorose, meno lunghe. ma simili all'ultima, con inizio e cessazione brusca e con vomito di materiale nerastro. Il paziente affermava inoltre che negli intervalli fra le crisi era stato completamente bene senza mai avvertire il benchè minimo disturbo riferibile allo stomaco.

Di fronte al quadro di una simile crisi dolorifica in un tabico, ci venne, naturalmente, subito fatto di pensare ad una crisi gastrica tabetica. Nè da questa prima impressione ci distolse la presenza di abbondante sangue nel vomito. Successivamente la diagnosi di crisi gastrica tabetica con ematemesi fu convalidata da molti dati di fatto e non conviene qui ripetere i risultati delle diverse ricerche eseguite e le molte ragioni che ci permisero di concludere che nel nostro caso si dovesse indubbiamente trattare di ematemesi tabetiche vere e proprie, e non di ematemesi dipendenti da una concomitante ulcera gastrica.

Il paziente, opportunamente curato, fu dimesso allora, dopo 38 giorni di degenza, in buone condizioni di salute.

Abbiamo avuto in seguito occasione di conoscere l'ulteriore decorso e l'esito di questo caso perchè, a circa un anno di distanza e precisamente il 29 ottobre 1929. il paziente è venuto a decedere per causa accidentale. I parenti ci hanno riferito che egli, dopo l'uscita dall'Ospedale era stato abbastanza bene ed aveva potuto attendere al suo abituale lavoro pur avvertendo sempre frequenti dolori lancinanti agli arti inferiori. In questo periodo aveva avuto altre due crisi gastriche, una breve, durata 3-4 giorni, e non accompagnata ad ematemesi, un'altra più forte e più lunga, accompagnata, come al solito, da vomito nerastro.

L'autopsia, praticata nella sala incisoria dell'Ospedale di S. Spirito (prof. Nazari) ha dimostrato: degenerazione grigia incompleta dei cordoni posteriori nella parte dorsale alta e cervicale del midollo spinale. Lieve pachileptomeningite adesiva spinale. Intensa iperemia del cervello con lievi soffusioni emorragiche sottoaracnoidali. Grave aortite luetica con chiazze circoscritte di arteriosclerosi; l'aortite occupa tutta l'aorta toracica e termina nettamente con essa; valvole aortiche sufficienti. Modica ipertrofia di cuore. Aderenze pleuriche fibrose prevalenti a destra. Congestione ed edema polmonare acuto. L'esplorazione dello stomaco, del duodeno e di tutto il resto del tubo digerente, non mette in evidenza alcuna alterazione, sia di data antica che recente, e permette di escludere in modo categorico la presenza di una qualsiasi lesione della mucosa gastro-intestinale.

La esclusione anatomo-patologica di un'ulcera gastro-intestinale e di qualsiasi altra lesione organica capace di dar luogo ad emorragie ha confermato la diagnosi clinica di crisi gastrica tabetica con ematemesi. Essa si basava, è vero, su molti dati di fatto di indiscutibile valore, ma avrebbe potuto lasciare sempre adito a qualche dubbio. Abbiamo già visto difatti quanto in simili casi sia difficile poter escludere con certezza in vita concomitanti lesioni organiche dello stomaco e del duodeno, lesioni che possono talvolta provo-

care crisi dolorifiche talmente simili per tutti i caratteri alle crisi tabetiche da avere meritato il nome di crisi gastriche tabetiformi. Così nel caso di Duhot e Leroy, così nel caso di Babinski, Chauvet e Durant — entrambi da me già citati nel lavoro suindicato — così specialmente nel caso di Lamy — pur esso citato —, nel quale si trattava di un tabetico con frequenti crisi gastriche accompagnate ad ematemesi, crisi che erano in relazione con la presenza di un'ulcera duodenale e che non ricomparvero più dopo la gastroenterostomia.

Ci ha deciso a presentare questa breve nota la considerazione che il nostro caso deve aggiungersi alla molto esigua casistica di ematemesi tabetiche anatomo-patologicamente controllate.

RIASSUNTO.

L'A. ritorna brevemente su un caso di tabe con crisi gastriche ed ematemesi già illustrato (« Policlinico » Sez. Pratica 1929) perchè il P. nel frattempo è deceduto e l'autopsia ha confermato la diagnosi clinica permettendo così di aggiungere il caso al numero esiguo di ematemesi tabetiche vere e proprie, che hanno avuto cioè un controllo anatomico.

SUNTI E RASSEGNE.

DERMATOLOGIA.

Dermatosi mestruali.

(S. RECASENS. *Medizinische Welt*, 19 ottobre 1929).

Il fenomeno della mestruazione è attualmente ben conosciuto dal punto di vista istologico e sono stati bene spiegati i rapporti fra ovulazione e mestruazione. Non altrettanto si può dire dei processi biochimici che si svolgono in tale periodo e si è ben lungi dall'avere isolato le sostanze che circolano nel sangue della donna durante tale periodo, sebbene si possa affermare che, quando esse non vengono sufficientemente eliminate, si hanno disturbi di varia specie.

L'A. si occupa qui delle dermatosi che possono aversi in conseguenza della soppressione della mestruazione o di disturbi di essa, oppure che sono ad essa riferibili. Schick ritiene che, durante la mestruazione vengano eliminate dalle ghiandole sudorifere e sebacee delle sostanze che possono avere influenza dannosa sulla cute; le ricerche fatte per comprovare tale ipotesi sono state negative, il che non esclude però il fatto clinico di donne con disturbi mestruali in cui si hanno eczemi, orticaria e furunculosi.

L'esistenza di una tossina mestruale — la così detta *menotossina* — è controversa. Pätzsche e Sieburg affermano che nel sudore di donne mestruanti si trova una grande quantità di colina a cui si potrebbe ascrivere la genesi delle dermatosi mestruali, tenuto conto della nota azione della colina sul sistema nervoso parasimpatico e sui nervi del sistema vegetativo.

Ad ogni modo, è necessario definire che cosa si debba intendere per dermatosi mestruali, in quanto che la donna, nel periodo della sua maturità sessuale va soggetta a numerose dermatosi che non vanno tutte ascritte a quelle mestruali, ammettendo quindi fra queste soltanto quelle che si iniziano con la mestruazione e scompaiono con essa o poco dopo. Esse possono assumere le forme seguenti:

1) *Arrossamento rameico del viso.* È la forma più semplice di reazione cutanea. In uno dei casi dell'A., tale arrossamento era tanto intenso da riuscire assai incomodo alla paziente, che non poteva per tal modo nascondere il proprio stato. L'eritema semplice, nelle sue diverse localizzazioni si osserva spesso nelle oligo- e dismenorree; sovente però esso va attribuito ai medicamenti (antipirina, fenacetina, piramidone, aspirina) che vengono presi da tali donne.

2) *Dermografismo premestruale.* È stato osservato da Freund, ma non confermato dall'A. il quale ritiene che si tratti, in tali casi, di donne con disturbi trofoneurotici accompagnantisi alla ipoplasia dei genitali.

3) *Eritema teleangiectasico.* Venne osservato da Pulen in una donna di 33 anni che, in conseguenza della soppressione delle mestruazioni, aveva subìto una forte depressione, il che fa ritenere che esso fosse di origine neurotica.

Hebra fa menzione di un *eritema papulatum* che sopravveniva ad ogni mestruazione, Kolben ha osservato un *eritema gyratum* in una ragazza con disturbi mestruali; l'A. ha veduto diversi casi di *eritema multiforme* essudativo in donne con oligomenorrea ed in una paziente di 29 anni che aveva subìto l'estirpazione dell'utero; il fenomeno resistette a qualsiasi medicazione e scomparve spontaneamente dopo un paio d'anni.

4) *Erisipela.* Fra i numerosi casi di questa, se ne può citare uno tipico dell'A., di una ragazza di 19 anni che, quasi ad ogni mestruazione, soffriva di erisipela iniziantesi alle pinne nasali e diffondentesi poi a tutto il viso; essa scompariva con la mestruazione, ma lasciava poi un certo gonfiore ed un rossore vinoso del viso. La ragazza era di costituzione nettamente linfatica, soffriva di forti dolori mestruali ed aveva scarsi mestrui. Con una vita attiva, i bagni di sole, la terapia ovarica, le condizioni migliorarono, ma rimase sempre un viso un po' rigonfio ed un colore rossiccio.

Probabilmente, in questi casi, gli streptococchi che si trovano sulle erosioni nasali e boccali allo stato di latenza, subiscono una esaltazione della virulenza in conseguenza del-

la maggiore irrorazione sanguigna della cute e dell'azione di tossine o della colina escrete dalle ghiandole sebacee e sudoripare. Secondo qualche autore si tratterebbe in questi casi di eczema reinfettato.

5) *Eczema.* È la forma più frequente, manifestantesi con una serie di vescicole con liquido limpido, specialmente alla parte interna delle coscie ed attorno alla bocca ed alla vulva.

6) *Herpes labialis;* osservato spesso, come pure la localizzazione sulla palpebra, manifestazione che scompare alla fine della mestruazione.

7) *Herpes zoster;* è straordinariamente raro.

8) *Urticaria.* È molto frequente, specialmente in casi di amenorrea duratura o temporanea. In donne che avevano subìto la castrazione operatoria o röntgenologica, l'A. ha osservato l'estensione dell'urticaria a tutto il corpo, che dava una sensazione di spossatezza la quale durava a lungo. In una donna di 46 anni che aveva avuto sempre mestruazioni regolari, comparve con la menopausa un'urticaria tanto ostinata che, dopo due anni e nonostante tutte le cure tentate, non si attenuò. Geber, in un caso del genere, ottenne la guarigione con l'iniezione di siero.

Matzenauer e Polland riportano casi di dermatite dismenorroica simmetrica, che potrebbe ritenersi di natura trofica, talvolta a forma umida, tal'altra necrotica, quasi sempre in donne dismenorroiche; non si tratta però di forma frequente. Essa avrebbe origine angioneurotica e sarebbe da ascriversi alle tossicosi, che potrebbe però avere anche origine ematogena.

9) *Emorragie cutanee.* Possono dipendere da trombopenia, ma sembra che si tratti generalmente di alterazioni dell'endotelio vasale e di una lacerazione dei vasi dovuta all'aumento di pressione. Lo stato congestizio della pelle può venire considerato fino ad un certo punto come un fenomeno vicariante. Le dermatosi emorragiche hanno un terreno favorevole per il loro sviluppo nell'elmintiasi, dell'endocardite e nel reumatismo articolare.

10) L'A. ha anche osservato un caso di *psoriasi* che, per il modo del suo sviluppo, va ascritta alle dermatosi mestruali. Si trattava di una ragazza di 24 anni, mestruata senza disturbi dai 13 ai 19 anni e che, in seguito, divenne oligomenorroica ed aumentò di peso arrivando a 104 kg. all'età di 21 anni; stato generale buono, altezza 171 cm. All'età di 20 anni comparvero per la prima volta durante la mestruazione delle macchie rosse alle spalle ed al petto, che scomparvero con lo scomparire della mestruazione, ma che divennero poi persistenti e si copersero di squame biancastre, che divennero sempre più aderenti e si diffusero ad altre parti del corpo. Ogni terapia fu inutile. Nonostante tale disturbo, la paziente prese marito; durante la gravidanza, la psoriasi scomparve per ricomparire poi, ma in grado minore, dopo il parto. In seguito, il flusso mestruale si fece più abbondante; il peso, si abbassò a 95 kg. Può darsi che l'aumento della funzione sessuale abbia avuto influenza sulle ghiandole endocrine.

11) *Disturbi di pigmentazione.* Il così detto *menocele,* la comparsa cioè di macchie pigmentate in conseguenza di amenorrea, come pure la vitiligo ed il cloasma che vengono ritenute connosse con modificazioni mestruali, possono trovare la loro spiegazione in modificazioni endocrine plurighiandolari, connesse, oltre che con l'ovaio con i surreni. Si possono avere nelle forme e colorazioni più svariate.

Eziopatogenesi.

La frequenza delle dermatosi ed il loro comparire più specialmente nella oligo- dis- ed amenorrea fanno ritenere che si tratti della mancata eliminazione di una data sostanza del flusso mestruale, la quale troverebbe la sua via per le ghiandole sebacee e sudoripare od altrove e determinerebbe quindi le modificazioni patologiche. La presenza di dermatosi anche in casi con abbondante flusso mestruale non esclude l'origine ovarica, in quanto che la tossina può aversi in quantità sovrabbondante ed insufficientemente neutralizzata e dare così fenomeni come quelli di completa ritenzione.

In tutti questi casi, però, si devono ammettere due fattori, l'uno predisponente e l'altro che determina l'eruzione. E' possibile che esistano dei processi infettivi locali latenti che, sotto l'azione di determinati stimoli raggiungano un'attività tale da determinare un esantema. La presenza, poi, di un tale processo nei tessuti colpiti, lascia in essi una predisposizione, sicchè alla minima causa può sopravvenire una recidiva. L'influenza di malattie generali (reumatismo articolare, diabete) si manifesta poi non soltanto predisponendo la paziente alla dermatosi, ma anche rendendo questa più ostinata.

Nulla si può dire sulla natura della sostanza che esercita una tale influenza sulla cute. Alcuni credono che si tratti di saprofiti cutanei virulentati; Novak ammette l'esistenza di un virus filtrabile presente nella pelle che, in determinate circostanze locali o generali, può dar luogo agli esantemi recidivanti ed ostinati.

L'azione tossica diretta od indiretta può venire considerata anche nei casi di infezione puerperale, in cui si hanno spesso delle eruzioni scarlattiniformi. I casi di ipoplasia genitale costituiscono una gran parte delle dermatosi mestruali, probabilmente perchè con essi si ha generalmente la dis- o l'oligomenorrea più ostinata. Kreibich cita un caso di parapsoriasi, in cui si ebbe la guarigione, dopo raggiunto il completo sviluppo dell'apparato sessuale.

Terapia.

Nell'incertezza della patogenesi, si comprende che anche la terapia sia del tutto incerta.

Anche in casi di insufficienza ovarica od ipofisaria, non si sono ottenuti risultati notevoli, ciò che si comprende, poichè non conosciamo ancora un mezzo efficace per attivare l'energia delle ghiandole sessuali femminili. I diversi preparati ovarici, l'estratto di corpo luteo, ecc. hanno fallito in una gran parte dei casi.

Ma in qualche caso si sono avuti dei risultati, p. es., con l'autoemoterapia o l'autosieroterapia. Si sono avuti buoni effetti con le iniezioni di soluzione fisiologica, coi sali di calcio (in casi in cui si avevano disturbi del sistema nervoso vegetativo). Si tenterà anche la roentgenterapia dell'ovaio e dell'ipofisi, nel caso di insufficienza di tali ghiandole. Con probabilità anche l'impianto diretto di ovaie potrà avere buoni risultati.

L'A. ritiene che reali progressi in questo campo si potranno avere soltanto quando saranno note le cause chimiche di queste modificazioni dovute alla così detta menotossina.

FILIPPINI.

Il prurito riflesso nell'asma.

(R. M. BALYEAT. *Journal. American Med. Association*, 16 marzo 1929).

L'A. ha già messo in evidenza il fatto che la sensazione di prurito delle mucose delle vie aeree superiori e delle congiuntive è un segno patognomonico dell'allergia. Egli potette inoltre constatare che in casi di asma si può avere il prurito della cute del collo. Su 420 casi esaminati egli ha trovato tale sintomo 13 volte.

Riferisce quindi la storia di quattro casi che meglio illustrano l'origine del prurito.

Caso I. — Donna ventenne sofferente di asma da cinque anni. Da due anni prima dell'asma la paziente soffre di febbre da fieno. L'asma è a tipo perenne ma più marcata dal luglio in poi. La paziente lamenta prurito intenso agli occhi, al capo, nella bocca, nella faringe posteriore, nelle trombe di Eustachio, nell'area interscapolare superiore con diffusione in avanti fin'oltre la clavicola. Al petto il prurito è più intenso durante l'epoca della febbre da fieno, ma si verifica ogni due anni. La dermo-reazione è positiva per le penne di oca e di pollo e per la canepa. L'allontanamento delle penne dalla casa e la desensibilizzazione non solo ha fatto cessare l'asma, ma anche il prurito.

Caso II. — Una donna ventunenne ha sofferto febbre da fieno per cinque anni e gravi accessi di asma negli ultimi due anni. Ha forte prurito al naso, talvolta alle trombe di Eustachio, agli occhi, e prurito e bruciore tra le due spalle.

Le reazioni dermiche sono positive per le penne di anitra, i peli di cane e di gatto e per il polline di alcune erbe. L'allontanamento delle sostanze sensibilizzatrici e la desensibilizzazione ha fatto cessare l'asma. Però il prurito e il bruciore ha persistito ancora per qualche tempo.

Caso III. — Una donna trentunenne soffre da due anni di febbre da fieno, da un anno di asma, e da parecchi anni di eczema. Esiste notevole prurito degli occhi, del naso, della bocca, delle fauci; il prurito nella regione interscapolare era intollerabile. Viveva in Russia nel distretto di Oklahoma.

Le reazioni dermiche erano positive per la canape, pel cardo e per le desquamazioni di parecchi animali. La desensibilizzazione fece scomparire tutti i sintomi.

Caso IV. — Uomo ventisettenne sofferente di febbre da fieno da due anni e di asma da uno. Soffriva forte prurito alla faringe e alle trombe di Eustachio, e tra le due spalle di tale intensità da levargli il sonno. Il disturbo scompariva con la pressione locale.

Tali osservazioni si prestano alle seguenti considerazioni patogenetiche, le quali fanno concludere essere il prurito in tali forme un riflesso viscero-sensitivo.

I bronchi sono formati da un diverticolo del tubo digerente e sono innervati dai primi cinque o sei segmenti toracici superiori. Quando i bronchi ipersensibili sono irritati da una proteina specifica per la quale sono sensibilizzati, trasmettono al corrispondente segmento midollare impulsi sensitivi o centripeti. Però quando le cellule dei gangli intervertebrali ricevono questi impulsi non li trasmettono solo attraverso il nervo spinale corrispondente allo stesso segmento midollare, ma attraverso i neuroni intercalati distribuisce l'impulso anche ai superiori segmenti cervicali. Perciò la sensazione di prurito dovuta all'irritazione della sostanza allergica non viene avvertita nella mucosa dei bronchi dove è avvenuta l'eccitazione, nè nelle membrane mucose delle vie aeree superiori, ma sulla zona cutanea che si trova sotto il dominio dei nervi cervicali.

Pottenger ha dimostrato che i riflessi visceromotori, viscero-sensori e viscero-trofici prodotti da uno stimolo pulmonare si estrinsecano attraverso parecchi segmenti cervicali e sopratutto attraverso il terzo ed il quarto.

Clinicamente, dallo studio dei casi su riportati riguardanti pazienti che accusavano prurito in certe aree cutanee della parte superiore del torace, appare che il prurito è un riflesso viscero-sensoriale dovuto ad irritazione bronchiale e manifestantesi sulle zone che si trovano sotto il dominio sensitivo del quarto e quinto nervo cervicale e su una zona anteriore innervata dal terzo cervicale.

È interessante il fatto che il prurito riferito può essere alleviato, come il dolore riferito dalla pressione. È noto come tra il dolore dovuto all'appendicite ed il dolore pneumonico riferito nella regione appendicolare c'è questa differenza: il primo è esacerbato mentre il secondo è alleviato dalla pressione locale.

È perciò che in molti casi il prurito non è alleviato dal grattamento ma dalla pressione.

DR.

INFEZIONI ACUTE

Le emorragie tifose.

(C. ACHARD. *Journ. des praticiens*, 1930, n. 9).

Le emorragie sono frequenti nelle infezioni tifose, ma la loro importanza è molto variabile. Le epistassi iniziali sono di solito benigne ed hanno solo un valore diagnostico, le enterorragie nel corso della malattia hanno prognosi più grave.

Possono essere isolate o complicarsi ad altre con diversa localizzazione dando al quadro clinico un carattere emorragico. Così possono aversi petecchie abbondanti, stomatorragie, ematurie, metrorragie, emottisi, meningorragie, ematomi sottocutanei.

Molte complicazioni che sboccano nella suppurazione possono avere per origine una lesione emorragica: così la pleurite, la miosite, l'infarto splenico, l'osteomielite. Alcune di queste complicazioni emorragiche s'accompagnano con gangrena.

Di solito queste emorragie si hanno nel periodo iniziale, ma possono anche verificarsi nel periodo terminale ed anche durante la convalescenza.

La lesione locale che provoca l'enterorragia è l'ulcerazione vasale nella zona ulcerata o anche il distacco di un'escara intestinale che provoca l'apertura d'un vaso. Talvolta l'enterorragia è facilitata da un aumento lieve e transitorio della pressione vasale.

Talvolta l'emorragia è occulta e si rivela solo con il melena o con strie di sangue nelle feci. Nei casi gravi il sangue inonda il letto più o meno rutilante e misto a coaguli. Se è rimasto qualche tempo nell'intestino è nerastro e denso.

In questi casi gravi i segni generali sono quelli delle grandi emorragie: pallore, vertigini, ronzii, tendenza alla sincope o sincope vera. Il carattere più importante è la caduta improvvisa della temperatura, seguita da una riaccensione superiore alla precedente.

La morte può seguire più o meno rapidamente.

L'importanza prognostica delle enterorragie tifose iniziali è variamente interpretata. Secondo alcuni le emorragie moderate potrebbero avere anche un'influenza favorevole. In realtà la prognosi dipende dalla quantità di sangue perduto e dall'associazione di altre emorragie che indicano una disposizione generale emorragica. La mortalità secondo Griesinger è del 31,2 %, secondo Liebermeister del 27 %, secondo Murchison del 55 % e secondo Homolle del 41 %.

La cura delle emorragie tifose deve essere indirizzata a rimediare alle pericolose conseguenze della perdita di sangue. Per mantenere la pressione arteriosa ed assicurare l'attività cardiaca giovano i cardiotonici, caffeina, sparteina, ouabaïna, adrenalina, canfora, etere, ipodermoclisi di siero fisiologico.

Per arrestare l'emorragia si somministreranno il cloruro di calcio, l'ergotina, l'emetina, la gelatina per via orale.

Nei casi gravi conviene ricorrere alla trasfusione di sangue.

La comparsa delle emorragie intestinali impone qualche modificazione del trattamento generale: cessazione dei bagni, dieta idrica assoluta per qualche giorno.

Sull'addome deve essere tenuta a permanenza la borsa di ghiaccio.

Per rendere meno possibili le enterorragie conviene evitare i purganti che irritano l'intestino e fanno più facilmente sanguinare le ulcerazioni. Eventualmente conviene anche combattere la diarrea.

DR.

Ulteriori osservazioni sulle infezioni pneumococciche.

(C. H. WHITTLE. *The British Medical Journal*, 16 novembre 1929).

I tipi di pneumococco in rapporto colla malattia. — Su un totale di 47 casi di polmonite lobare, broncopolmonite ed empiema 33 (cioè 70,5 %) erano provocati da pneumococchi del tipo I, 6 (12,5 %) dal tipo II, 4 (8.5 %) dal tipo III e pure 4 (8,5 %) dal gruppo IV. Lesioni minori (catarro nasale, congiuntivite e bronchite) dipendevano da ceppi a virulenza minore e per lo più del tipo IV (66 %); il tipo I non si trovò mai in queste lesioni minori. La polmonite terminale e quella post-operatoria in persone già malate o in stato di shock sono associate al tipo III e al gruppo IV soltanto.

Paragonando la virulenza dei vari tipi di pneumococco basandosi sulla dose minima letale pel topo l'A. ha notato che i germi del tipo I hanno alta virulenza, mentre minore virulenza hanno il tipo II e il gruppo IV, il che è in accordo colle conclusioni di Gaskell. In un certo numero di casi di bronchite l'A. trovò pneumococchi del tipo II e del tipo III con virulenza minore dei germi ottenuti in casi di polmonite lobare. Nell'infezione prodotta dal tipo II c'è una bronchite che fa sospettare clinicamente una bronco-polmonite.

Trasformazione di ceppi a bassa virulenza in ceppi ad alta virulenza. — Germi a virulenza bassa furono inoculati in animali con metodi numerosi e numerosi passaggi, ma non si notò apprezzabile aumento della virulenza; risultati negativi si ebbero anche col metodo di Griffith.

Otite media pneumococcica prodotta sperimentalmente nel topo. — Ceppi di pneumococchi a bassa virulenza inoculati nel peritoneo del topo provocano 1 volta su 12 un'infezione sub-acuta, che dà incoordinazione dei movimenti da lesione dei canali semicircolari e conduce alla morte per setticemia pneumococcica

in un periodo che va da 7 a 21 giorni. All'autopsia si trova pus da pneumococchi nell'orecchio interno e medio di uno o dei due lati.

È da notare che spontaneamente nei ratti di laboratorio l'A. trovò infezioni dell'orecchio; in alcuni isolò dei bacilli gramnegativi, in altri diplococchi grampositivi, che in un caso somigliavano molto ai pneumococchi ma erano insolubili in bile. R. LUSENA.

La peritonite generalizzata da pneumococco nell'infanzia.

(L. CERZA. *La pediatria*, n. 1, genn. 1930).

La conoscenza di tale forma morbosa è antica; recentemente vi è stata portata maggiore attenzione, per cui può sembrare che il numero di peritoniti generalizzate da pneumococco sia aumentato, ciò che realmente non appare dalla statistica di Beaven.

Tale peritonite è molto più frequente nel sesso femminile che nel maschile; per spiegare tale preferenza sono state invocate diverse ipotesi, ma non ancora esiste uniformità di vedute in proposito. Riguardo all'età, si può stabilire che esse si sviluppano da 2 a 14 anni; qualche autore l'ha osservate in bambine al di sotto di 20 mesi.

L'agente etiologico della peritonite pneumococcica è il diplococco di Fränkel, capsulato, gram-positivo; tutti e tre i tipi di pneumococco sono stati a volta a volta incriminati come fattori di tali peritoniti.

La patogenesi delle peritoniti da pneumococco, generalizzate o non, è molteplice, secondo i diversi autori. Dai più è accettata la diffusione ematogena; altri ammettono la infezione per propagazione da organi vicini in via diretta; così il fegato, la cistifellea, la pleura, lo stomaco, l'intestino e l'apparecchio urogenitale potrebbero costituire il punto di partenza per l'infezione del peritoneo. Secondo altri la via più probabile è quella linfatica; questa ipotesi non è accettata da tutti, come non appare probabile che la infezione possa propagarsi dalla via genitale o da quella intestinale.

Le infiammazioni diplococciche del peritoneo possono essere primitive e secondarie; le forme generalizzate, secondo Birk, sono sempre primitive.

All'esame anatomo-patologico tutto l'addome si presenta riempito da essudato membranoso verdastro, che spesso ricopre completamente le anse intestinali, le quali sono congeste e dilatate dai gas. Nelle false membrane si nota presenza di diplococchi capsulati, isolabili in coltura pura, ed identificabili con il pneumococco di Fränkel.

Circa la sintomatologia, tale peritonite esordisce bruscamente, con vivo dolore al ventre, vomito, febbre che raggiunge subito 39, 39,5. Le condizioni generali rapidamente si aggravano; il dolore si diffonde a tutto l'addome; il vomito diventa fecaloide; la febbre si eleva a 40-40.5; il polso si fa rapidissimo, piccolo, impercettibile; il respiro è breve: compare presto la *facies peritonitica* con labbra screpolate, bocca secca, alito fetido, lingua arida, saburrale, nerastra nel mezzo, narici infossate, occhio incavato, viso d'un pallore leggermente plumbeo. Il ventre è teso, contratto, meteorico; v'è diarrea, con feci molli, verdastre, spesso fetide, e tenesmo.

Il decorso di tale peritonite è molto grave, e quindi spesso non si può svolgere un regolare decorso iniziale, di stato, e terminale, come esiste per le altre forme cliniche di peritoniti diplococciche.

La diagnosi di peritonite non è difficile; è talora indaginoso determinarne la natura.

Può giovare talora l'insorgenza brusca ed il decorso grave; per alcuni è indice differenziale la presenza della diarrea abbondante, con feci acquose, verdastre, non fetide.

La malattia si può confondere con il tifo e le febbri tifoidi; in tal caso gioveranno le prove di laboratorio ad escludere tali infezioni. Più difficile talora è differenziare una peritonite generalizzata da pneumococco da un'appendicite acuta; si terrà presente in tal caso che quest'ultima non si accompagna a diarree con caratteri di enterocolite acuta, come si ha nelle peritoniti, e il dolore addominale è diffuso e non localizzato al punto di MacBurney.

La paracentesi a scopo esplorativo può accertare la diagnosi.

La prognosi è gravissima, perchè tale infezione generalmente ha decorso fatale.

Riguardo alla terapia, oggi è sconsigliato dai migliori chirurghi l'intervento operatorio, per l'alta percentuale di mortalità che dà, e perchè non vi è alcuna lesione causale che si possa trattare o sopprimere con l'atto operativo.

La cura medica è volta a sostenere le forze dell'infermo, e ad agire specificamente con la vaccinoterapia, la quale s'è mostrata molto utile nelle mani di alcuni autori, tuttavia è sempre da preferire l'autovaccinoterapia, nel concetto della molteplicità degli stipiti di pneumococco. Bisogna però avvertire che spesso la rapida evoluzione della malattia non lascia neppure il tempo d'istituire alcuna cura.

CARUSI.

INTESTINO

Intervento per via sopraombelicale e cure postoperatorie nell'invaginazione intestinale detta del lattante.

(FÈVRE. *Journ. d. Chir.*, t. 33, n. 2).

L'A. espone le proprie idee basate su numerose osservazioni, ma il lavoro ha come base essenziale 11 casi operati nella clinica del prof. Ombredanne. Di questi, 4 furono ope-

rati per via sopra- e sottombelicale e diedero 3 guarigioni e 1 decesso; gli altri 7 operati per via sopraombelicale diedero 7 guarigioni. Ciò dimostra che l'intervento chirurgico nell'invaginazione dà eccellenti risultati e che la via sopraombelicale è da preferire. Essa evita l'eviscerazione operatoria e quella secondaria e permette inoltre una ricerca sistematica del budino di invaginazione allorchè questa, come nella maggior parte dei casi (93 %), inizia alla regione ileo-cecale. Il tragitto dell'invaginazione, nel suo progredire, non segue il decorso del colon, ma si avvicina progressivamente alla linea mediana. Infatti il cilindro invaginato trascina un segmento sempre maggiore di mesentere finchè arriva in un punto in cui è fermato e deviato nel suo percorso dalla radice mesenterica che è mediana e profonda. Perciò la via sopraombelicale è la più indicata. L'A. tratta successivamente della tecnica operatoria esponendo le varie eventualità, compresa quella della invaginazione disinvaginata, e le manovre manuali per la disinvaginazione secondo il metodo classico della spremitura al di là della testa d'invaginazione. Bisogna assicurarsi che la disinvaginazione sia completa guardando bene che nessun solco esista fra ileo e ceco. La fissazione del ceco e l'appendicectomia saranno praticati secondo i casi, ma non sistematicamente. Le cure postoperatorie hanno grande importanza.

L'ipertermia va combattuta con impacchi tiepidi o freddi e con ghiaccio sul ventre. Molto utile la prottoclisi per la quale l'A. adopera una miscela di soluzione glucosata con soluzione di bicarbonato a 45 ‰ per combattere la disidratazione e l'acidosi. La rialimentazione potrà cominciare dopo 48 ore durante le quali il bambino non avrà che acqua zuccherata. G. PACETTO.

La regolazione della defecazione nei pazienti con ano artificiale.

(SCHMIEDEN. *Chirurg.*, vol. 1, pag. 1137, 1929).

L'ano artificiale meglio tollerato è l'iliaco sin. specie quando si può conservare il sigma o almeno l'ultima parte del colon discendente. In altre sedi, sia per i caratteri del materiale fecale che per la difficoltà di applicare apparecchi adatti, rappresenta una vera infermità. Poco vantaggio hanno dato i diversi metodi di plastica o di creazione di un neosfintere o di torsioni dell'ansa. Il colon deve venir abboccato terminalmente perchè gli ani laterali hanno grande tendenza alla stenosi e richiedono cure dilatanti continuate. Hanno importanza anche le dimensioni; la stomia deve permettere il passaggio di un dito, se troppo ampia diventa facile il prolasso della mucosa, se troppo stretta la defecazione è difficile. Bisogna evitare anche con cura la formazione di un'ernia in corrispondenza dell'ano.

A mantenere la contrazione ci si gioverà di una pelotte a molla mentre gli apparecchi a serbatoio riescono solo eccezionalmente a corrispondere agli scopi prefissi.

Ha grande importanza la dieta del malato. Scarsi saranno gli alimenti liquidi, il grasso, il latte, il caffè, la frutta cruda, i legumi, l'insalata, il miele. Con una dieta ben regolata, il paziente defecherà una sola volta al giorno e durante la giornata non ci sarà minima emissione di feci.

Nel primo tempo dopo l'operazione si somministrerà una dieta leggera senza carne, poi a poco a poco si aggiunge la carne e alcuni legumi. Per raggiungere più facilmente lo scopo si somministrano alcuni medicamenti come il bolus albo, la tannalbina, e specialmente la tintura d'oppio in piccole dosi (3-5 gocce). Se c'è un eccesso di gas si dànno 3 volte al giorno 1-2 tabloidi di carbone, i processi fermentativi si riducono anche con una cura di fermenti lattici.

L'applicazione locale di pomate e la rimozione dell'apparecchio di contenzione durante la notte, eviteranno la formazione di eczemi e ragadi. VALDONI.

I grandi prolassi degli ani iliaci definitivi e loro complicazione di strozzamento.

(MALLET-GUY ed ETIENNE-MARTIN. *Journal d. Chir.*, t. 34, n. 4).

Il prolasso passa per 2 stadi anatomici: nel 1° stadio si ha una semplice eversione della mucosa; nel 2° stadio si ha l'eversione completa dell'intestino con formazione di due cilindri.

Il prolasso quasi costantemente si verifica sul capo inferiore dell'intestino e si associa sempre a un certo grado di eventrazione che si verifica tutto intorno alla colostomia per atrofia della parete muscolare.

La fuoruscita di un tratto considerevole dell'intestino e l'edema della parete intestinale producono quei fenomeni detti di strozzamento. Questo termine è improprio perchè, tranne il caso eccezionale in cui un'ansa del tenue ha potuto insinuarsi fra i due cilindri del prolasso e strozzarvisi come in un vero sacco erniario, in realtà il « prolasso strozzato di un ano iliaco sinistro » è caratterizzato da altri fatti anatomicamente e clinicamente ben differenti. Anatomicamente manca ogni fatto di strozzamento vero; il cilindro interno non presenta alcuna lesione e le lesioni del cilindro esterno son da considerare come fatti infiammatorii dovuti all'infezione, alla stasi venosa, all'edema che non permettono più la riduzione.

Clinicamente la complicazione resta di ordine locale, manca ogni fenomeno generale e ostruzione intestinale.

Per la patogenesi hanno importanza due fattori: la lunghezza del meso e la debolezza della

parete addominale. Quest'ultima viene poi aggravata dall'applicazione di un apparecchio a ventosa (di Reverdin) di cui i malati vengono ordinariamente forniti. L'azione aspirante di tale apparecchio non potendosi esplicare sul capo intestinale superiore che è fissato, si esplica sul capo inferiore.

Il trattamento preventivo consiste in alcune precauzioni di tecnica (incisione piccola, dissociazione e non sezione dei muscoli, stiramento e fissazione del meso) e nell'abolizione dell'apparecchio a ventosa.

Dopo qualche tempo l'ano iliaco diventa continente e i malati regolano molto bene la fuoruscita delle feci una o due volte al giorno. Basta perciò proteggere con una semplice medicatura.

L'operazione è indicata allorquando il prolasso non è più riducibile e sono comparsi i fenomeni infiammatorii intesi col nome di strozzamento. L'intervento deve restare extraperitoneale e consiste nella resezione del tratto prolassato.

G. Pacetto.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

The Rockefeller Foundation. *A Review for 1928.* Un op. in-24° di pag. 54 con figure. New York, 1929.

Id. *Annual Report for 1928.* Un vol. in-16° di pag. 460 con molte figure. New York (Broadway 61), s. d.

Come di consueto, si è prima pubblicato un resoconto sommario dell'opera svolta dalla fondazione nel 1928; poi, con l'intervallo di circa 6 mesi, una relazione completa. Dell'una e dell'altra si è fatta anche un'edizione in francese.

Si desume che nel 1928 furono spesi 21.690.738 doll., ossia circa mezzo miliardo di lire it., per le molteplici attività della fondazione, e cioè: contributi alla costruzione, e all'attrezzamento di 18 scuole mediche in 14 Paesi; sovvenzioni a scuole e ad ospedali per l'insegnamento, onde favorire la formazione di personale sanitario; incremento alla lotta contro la malaria, la febbre gialla e l'anchilostomiasi, borse di studio a 802 persone di 44 Paesi; concorso all'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni; concorsi vari a Governi e ad Enti, in favore della salute pubblica sulla forma di consulti, inchieste, istituzioni, ecc.

Inoltre sul capitale furono prelevati 12 milioni di doll., pari a 230 milioni di lire it., per dotare il « Collegio Medico dell'Unione » a Pechino, il quale ora è divenuto autonomo e nel 1928 ha rilasciato 13 diplomi in medicina.

La fondazione data dal 1913. Fin'ora ha elargito 144.189 milioni di doll., ossia circa 3 miliardi di lire italiane.

È tributato un omaggio alla memoria di H. Noguchi e W. A. Young, morti di febbre gialla nel 1898 ad Accra sulla Costa d'Oro, mentre per incarico della fondazione studiavano l'eziologia del morbo.

L. V.

Wiener Archiv für innere Medizin. Vol XVIII, in-8° di 486 pag. con 20 fig., 15 tavole e 43 diagrammi. Urban e Schwarzenberg, Vienna, 1929. Prezzo Mk. 38.

Questo Archivio, diretto da W. Falta e da K. F. Wenckebach pubblica, su svariati argomenti del massimo interesse per il medico, una serie di lavori ampi ed esaurienti, che assumono talvolta la mole di una vera monografia, come, p. e., in questo volume lo studio della questione sul diabete renale ed insulare, che occupa oltre un centinaio di pagine.

Fra gli altri lavori qui pubblicati segnaliamo all'attenzione dei medici i seguenti: « Differenze nella stasi da stenosi e da insufficienza mitralica » (H. Elias e J. Goldstein). « La quantità di sangue circolante negli stati compensati e non delle malattie circolatorie » (K. Hitzenberger e F. Tuchfeld). « La debolezza cardiaca » (H. Kutschera-Aichbergen). « Disturbi nell'ipotonia arteriosa » (F. Kisch). « Clinica e terapia della trombosi delle coronarie » (R. Singer). « Patogenesi delle psicosi da disturbi circolatori » (S. Wassermann). « Modificazioni anatomiche del cuore senza disturbi della funzione cardiaca » (A. Weil), ed altri.

fil.

U. Viviani. *Gobbi e gobbe.* Viviani, ed., Arezzo. Prezzo L. 10.

L'A. ha scritto altri libri del genere. Si è già dato cenno di altri due studi su i « Panciuti e grassi » e su i « Magri, secchi e spilungoni ». Questo su i gobbi e le gobbe nell'arte, nella letteratura e nella storia è trattato con lo stesso brio e con la stessa abbondanza di aneddoti.

È una lettura piacevole ed interessante.

Dr.

C. Ortali. *Patologia sessuale.* Pallotta, ed., Roma. Prezzo L. 25.

Il libro è dedicato ad un capitolo solo della patologia sessuale, all'impotenza. Dopo aver ampiamente accennato alla fisiologia del sesso, passa alla trattazione del disturbo proprio del sesso maschile. Ne descrive il meccanismo di produzione, le varie manifestazioni, le cause predisponenti ed efficienti. Una lunga parte, è dedicata alla cura. E' il capitolo più interessante per l'originalità e praticità delle vedute.

Dr.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

W. E. COUTTS. *El deseo de matar y el instinto sexual.* Morata, ed., Madrid. Prezzo Pes. 4.

L'A. considera la sessualità come una gran fonte di delitti o meglio come un agente effettivo criminogeno. La tendenza alla combattività si accompagna all'attività genitale, perchè la lotta è preambolo all'unione dei sessi. Tali concetti sono svolti con abbondanza di fatti e di argomentazioni. Dai concetti teorici passa poi alle applicazioni pratiche con vedute originali sulla prevenzione e repressione del delitto.

DR.

M. RUIZ-FUNES. *Endocrinologia y Criminalidad.* Morata, ed., Madrid. Prezzo Pesetas 15.

La dottrina costituzionale della delinquenza trova sempre più assertori e studiosi. Questo del Ruiz-Funes è uno studio veramente ampio e particolareggiato dei rapporti tra abito delinquenziale e disfunzioni endocrine.

L'A. spagnuolo fa largo posto al contributo italiano su questa materia, contributo che ha gettato le basi e costruito l'edificio di così originale dottrina.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 aprile 1930.

Presiede il prof. S. BAGLIONI, vice-presidente.

Un caso di emoistioblastosi con particolare evoluzione ematologica.

Dott. R. GOSIO. — L'O. illustra un caso di epato-splenomegalia che ha dato campo a diagnosi differenziale con la lues e la linfogranulomatosi maligna e che in seguito a ripetuti esami ematologici, a reperti bioptici ed autoptici ha dimostrato trattarsi di una lesione sistematica dell'apparato reticolo-endoteliale decorsa con un aspetto ematologico mutevole riportabile alle diverse possibilità di evoluzione emoistioblastiche.

Il prof. GIUDICEANDREA stima che in simili casi la lues possa giuocare una grande importanza e ricorda un caso personale a Wassermann positiva nel quale molto giovò la cura specifica.

Il prof. GHIRON prende la parola dicendo che il caso illustrato dal prof. GOSIO è molto importante.

Sulle autoemoinoculazioni nelle leucemie croniche.

Dott. R. GOSIO. — L'O. ha applicato in quattro leucemici mieloidi ed in uno linfatico, il trattamento con l'autoemoinoculazione. Egli è partito dalle osservazioni precedentemente condotte sulla leucolisi spontanea in vivo ed in vitro e si è proposto, col trattamento indicato, di esaltare le proprietà reattive esistenti in maniera più o meno latente, nell'organismo dei leucemici.

Egli ha ottenuto nei casi di leucemia mieloide delle oscillazioni positive dopo ogni inoculazione e poi negative del numero dei globuli bianchi. cui seguiva, dopo un certo numero di inoculazioni, una diminuzione permanente di essi, che si manteneva per un periodo di tempo variabile da uno a tre mesi. Nel leucemico linfatico, la reazione di aumento è stata più intensa e la fase negativa non ha mai raggiunto un abbassamento notevole della leucocitosi.

Nessuna influenza il trattamento ha dimostrato sullo stato degli organi è sulle condizioni generali.

Sopra un caso di pseudo-parassitismo da Anguillula aceti.

Dott. G. PENSO. — L'O. espone il caso del reperto di Anguillula aceti nelle feci di una bambina che aveva ricevuto un clistere a base di aceto perchè presentava sintomi che avevano fatto sospettare una elmintiasi intestinale.

Dopo essersi intrattenuto sopra la diagnosi differenziale dell'Anguillula aceti con altri nematodi, l'O. illustra il caso dal punto di vista dello pseudo-parassitismo come causa di errori nello studio elmintologico delle feci.

Riferisce poi sue ricerche sperimentali dalle quali risulta che l'A. aceti è capace di resistere fino a 45° e di attraversare il tubo digestivo delle cavie (somministrazione alle cavie di aceto contenente anguillule) annidandosi altresì nelle pliche gastriche di questi animali.

L'O. prospetta altresì la possibilità di disturbi della digestione provocati dalle anguillule, e vorrebbe che fosse adottata una vigilanza igienica sugli aceti nei riguardi del contenuto in anguillule.

Sopra un'anomalia di Ankilostoma duodenalis.

Dott. G. PENSO. — L'O. illustra un'anomalia osservata in un esemplare maschio di Ankilostoma e consistente in una figura, diversa dal normale, della costola dorsale della borsa maschile. Dopo aver confrontato il proprio reperto con la struttura normale della borsa maschile dell'*Ankylostoma duodenalis*, del *Necator americanus* e del *Bunostomum trigonocephalum*, l'O. conclude che si tratta di un'anomalia che non consente la creazione di nuovi generi o specie.

Calcolosi renale ematurica sintomatica.

Dott. V. LOZZI. — L'O. riferisce un caso di calcolosi renale che si è manifestata col solo sintomo di una *ematuria silenziosa* (non dolorosa). Dopo di aver rilevato la rarità di tali casi ed aver riferito sulla letteratura relativa, insiste per l'importanza della radiografia come mezzo diagnostico. *Il Segretario*: V. PUNTONI.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 27 aprile 1930.

Presidenza: Prof. F. GIUGNI.

Sopra alcuni casi di nefralgia pseudocalcolosa.

LIOY D. (Sant'Arcangelo). — L'O. presenta cinque casi di nefralgia pseudo-calcolosa, guariti colla decapsulazione del rene. Osserva che le om-

bre di calcoli a basso peso atomico, descritte nel quadro radiologico renale, in questi casi debbono riferirsi a ispessimento sclerotico fibro-connettivale parcellare del parenchima renale stesso.

Megagolecisti calcolosa suppurata simulante un ascesso appendicolare.

Lioy D. (Sant'Arcangelo). — L'O. descrive un caso di colecistite calcolosa suppurata, di enorme grandezza, con una sindrome di ascesso appendicolare. L'organo, diviso in due enormi sacche comunicanti fra di loro con un canale, il cui lume era dello spessore di una matita, arrivava fino al pube.

Al tavolo operatorio si potè constatare che la sacca inferiore era piena di pus e calcoli biliari (119), mentre la superiore contenente bile era ostruita nell'imbocco del canale di comunicazione da un grosso calcolo.

L'immagine della grandezza della colecisti si potè ottenere solo dopo otto giorni dall'atto operatorio e con artifici di tecnica radiologica.

Su di una rara lesione traumatica del gomito.

Dal Prato C. (Imola). — L'O. presenta un caso di lesione traumatica del gomito, in cui furono riscontrate due alterazioni che si osservano assai raramente, specie nell'adulto: la frattura parziale dell'eminenza capitata, e la lussazione del capitello del radio senza contemporanea frattura o lussazione dell'ulna. La paziente fu trattata incruentemente, contrariamente a quanto hanno fatto molti autori in simili casi, e il risultato fu buono.

L'O. dopo avere accennato alla rarità del caso, rilevando che nella letteratura non ve n'è alcun altro che presenti la riunione in un solo individuo di ambedue le lesioni, osserva che tale combinazione è forse più frequente di quanto si potrebbe credere. Forse il non essere accennata dipende dal fatto che nella maggioranza dei casi descritti si tratta di lesioni inveterate, nelle quali ormai non si riscontra che la alterazione principale. Del resto, analizzando il probabile meccanismo di produzione della lesione, si vede che è assai più semplice concepire assieme le due lesioni.

Da ultimo tratta dei possibili postumi di tali lesioni, accennando alle cure escogitate per evitarli, e osserva che non è sempre necessario attenersi agli schemi prestabiliti per ottenere risultati discreti.

Meningite tubercolare ad inizio e decorso prevalentemente spinale. - Ischialgie sintomatiche di meningite tubercolare.

Giugni F. (Lugo). — Da un'interessante osservazione personale, l'O. conclude come segue:

1) che la meningite tbc. può iniziarsi con localizzazioni alle meningi spinali ed avere un andamento febbrile talora lunghissimo, con scarsi e incerti segni diagnostici, con soste più o meno lunghe, prima di estendersi alle meningi della base e della vôlta cranica;

2) che in tale evenienza la natura e la sede della lunga malattia febbrile a decorso subdolo e spesso di difficile interpretazione, può essere sospettata dalla pregressa esistenza di nevralgie, specie a carico degli ischiatici, che decorsero anche alcuni mesi prima, con febbre e deperimento generale;

3) che su tale guida la rachidocentesi conferma il diagnostico con particolari caratteri del liquido spinale, e specialmente col reperto più facile in questo stadio del b. di Kock nel centrifugato del liquor;

4) tra la fase di meningite a sede spinale e la sua propagazione alle meningi della base cranica può decorrere un lungo periodo, intercalato da soste e da miglioramenti.

L'O. suppone che quelle meningiti tbc., sicuramente accertate per il reperto bacterico nel liquor, che da taluni AA. risultarono, per quanto eccezionalmente, guarite, siano forme a localizzazione primamente spinale, che ebbero una sosta definitiva nel midollo, senza invasione ulteriore delle meningi craniche.

Galli P. (Faenza). — A conferma dell'andamento lungo che può presentare la meningite tbc. a localizzazione spinale, riporta un caso a lui occorso in un bambino di 12 anni, con reperto positivo dei bacilli di Kock nel liquor. La malattia durò tre mesi precisi e ad eccezione dell'ultima settimana, in cui comparvero i segni classici della propagazione basilare; per tutto il tempo precedente si ebbero soli fenomeni spinali (sensitivi, motori, vasomotori). Anche in questo caso vi furono fin dall'inizio dolori fieri agli arti inferiori e alla regione lombo-sacrale: però qui l'insorgenza non fu subdola, ma quasi fulminea, sì da far pensare alla meningite cerebro-spinale.

L'intervento nelle perforazioni acute delle ulcere gastro-duodenali.

Pasini U. (Alfonsine). — In base ad una casistica personale, l'O. dimostra che il trionfo dell'intervento operativo dipende più dall'intervallo che passa tra perforazione e momento dell'intervento, che dalla virulenza e momento che sono potuti penetrare nel peritoneo. Di qui la necessità di una diagnosi rapida, la quale si baserà sulla *sede del dolore* (per solito epigastrico), sulla *contrattura dei muscoli retti* (unilaterale o parziale, cioè limitata alla parte sopra ombelicale), sulla *zona d'aria a falce*, che l'esame radioscopico dimostra fra il diaframma e la superficie del fegato.

Il trattamento sarà guidato dagli aspetti anatomici della lesione: comunque deve essere ridotto al minimo (sutura semplice). Le callosità dell'ulcera obbligano alla escissione. Nel caso di ulcera iuxta-pilorica, si farà la gastro-enterestomia anteriore: per ulcera gastrica, si farà la sutura semplice o la gastrectomia d'*emblée*.

Sviluppi del taglio dell'addome destro del Solieri.

Moro G. (Forlì). — L'O. insiste sui grandi vantaggi che il *taglio del Solieri* offre. Oltre che per le operazioni sulle localizzazioni consociate dell'addome destro, il taglio del Solieri è consigliabile anche in certi casi di peritonite perforatoria diffusa. È possibile poi la gastrectomia con

taglio accessorio a livello della prima inserzione tendinea e qualsiasi operazione ginecologica, prolungando all'interno l'incisione peritoneale inferiore. Facilità di esplorazione e sintesi.

Un caso di gangrena post-influenzale.

Lelli-Mami P. (Cesena). — Riferisce un caso di gangrena dell'arto inferiore destro comparso durante la convalescenza di una forma influenzale, con localizzazioni prevalentemente broncopolmonari in una bambina di anni due, durante un periodo di epidemia influenzale.

A netta demarcazione della gangrena da circa un mese l'arto fu amputato portando a guarigione la piccola paziente.

L'O. prende in esame la probabile patogenesi di questa gangrena, concludendo per una forma di tromboarterite; fa inoltre rilevare come le gangrene per malattie infettive siano rare, specie nell'infanzia, e come tra queste, quelle influenzali siano eccezionali.

Galli P. (Faenza). — Riferisce due casi di gangrena post-influenzale.

Il primo riguarda una donna di 67 anni, arteriosclerotica, la quale dopo aver superato una grave bronco-pneumonite da influenza, fu colpita da trombosi dell'arteria omerale destra: le dita della mano, ad eccezione del pollice, si mummificarono e più tardi si staccarono le falangine e le falangette. La donna morì due anni dopo per congestione cerebrale.

Il secondo caso riguarda una vecchia di 72 anni con turbe cardiorenali, che nella convalescenza di una forma influenzale piuttosto grave, fu colpita da tromboflebite della vena poplitea destra. Qui si ebbe gangrena umida della gamba e la ammalata soccombeva rapidamente.

L'O. pensa che in questi casi l'infezione *influenza* vi sia entrata non direttamente, determinando cioè una arterite e una flebite della stessa natura, ma indirettamente col favorire in questi soggetti in condizioni di astenia generale e a sistema circolatorio deteriorato la trombosi arteriosa in un caso e la flebite nell'altro.

Sulla tolleranza della stricnina nella terapia infantile, con speciale riguardo alla profilassi delle paralisi difteriche.

Mondolfo E. (Cesena). — L'O. pone in rilievo la grande tolleranza che i difterici presentano rispetto alla stricnina.

In particolare si sofferma ad esporre il suo metodo di trattamento stricninico a titolo profilattico contro le paralisi post-difteriche, riferendo alcune ricerche sperimentali all'uopo attuate.

Galli P. (Faenza). — Fa le sue riserve sull'impiego della stricnina come mezzo profilattico contro le paralisi difteriche. Se è vero — e su ciò non cade ormai più alcun dubbio — che queste paralisi siano di origine tossica (tossine o endotossine difteriche), resta il siero specifico, usato precocemente e abbondantemente, il vero mezzo per prevenire le paralisi: la stricnina colla cura elettrica, ecc. dovrà essere usata a paralisi stabilite per influire efficacemente sul loro decorso.

Circa la grande tolleranza dei bambini di fronte alla stricnina, l'O. cita il parere di Allaria, Valagussa ed altri AA. stranieri che la usano con molte cautele, a meno che non si voglia ricorrere alla etilstricnina o alla genostricnina, che sono prodotti molto meno tossici e non si accumulano nel nostro organismo.

Un caso di stenosi pilorica cicastriziale da ingestione di sostanze caustiche.

Costa L. (Cesena). — È il caso di un bambino di 4 anni che, dopo aver ingerito una notevole quantità di alcool a 90°, ebbe vomiti ripetuti e sanguinolenti per molti giorni. Un mese dopo l'incidente il bimbo era calato un terzo del proprio peso e all'esame radiologico presentava una netta stenosi pilorica.

L'impossibilità dell'alimentazione e il rapido declinare del paziente imposero l'intervento che mise in evidenza un processo infiammatorio esteso a tutta la sezione pilorica. Guarigione perfetta.

Il Segretario: Dott. Paolo Galli.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 18 febbraio 1930.

Presidenza: prof. D'Alessandro.

I tumori delle ossa.

Prof. Nastrucci. — L'O. in rapida sintesi espone le cognizioni attuali riguardanti i tumori delle ossa, trattando specialmente della loro sintomatologia e della loro diagnosi, di capitale importanza per definire e risolvere il problema prognostico e curativo. Richiama l'attenzione dei colleghi sulla importanza di rendere sempre più noto il capitolo dei neoplasmi ossei, poichè essi costituiscono il 7 % di tutti i neoplasmi; e tra essi i più gravi dal punto di vista prognostico.

Sindrome radiologica delle coliti.

Dott. L. Gavezzeni. — L'O. insiste sulla importanza dell'esame radiologico nella diagnostica delle affezioni del grosso intestino. Oltre ad una sindrome colitica, esso può mettere in evidenza delle immagini spesse volte molto caratteristiche delle varie forme di coliti croniche (forma mucosa, ulcerosa e muco-membranosa). In molti casi di semplice irritazione del colon, la radiologia può essere di sussidio prezioso, rivelandoci modificazioni di forma, di motilità di dimensioni, talora insospettate. Presenta numerose radiografie.

Seduta del 21 marzo 1930.

Presidenza: prof. D'Alessandro.

Sopra un caso di ascesso del polmone.

Dott. Ciani — Descrizione di un caso di ascesso del lobo polmonare inferiore sinistro, operato di toraco-pleuro-tomia sull'ascellare posteriore; si potè aprire la pleura senza tema di pneumotorace, poichè esisteva una aderenza completa alla parete del torace.

Sopra un caso di spondiloartropatia in tabetico.

Dott. Camplani. — Rapida sintesi delle alterazioni dello scheletro del tabetico e presentazioni di radiogrammi, attestanti alterazioni della colonna vertebrale nella porzione dorso-lombare in un malato di tabe dorsale; in periodo di atassia, e nel quale l'esame clinico non faceva prevedere la esistenza di alterazioni scheletriche. Prende argomento per cercare di portare il proprio contributo alla controversa questione della identità tra spondiloartropatia tabetica e spondilosi deformante.

Dott. Quarenghi. — L'O. presenta un caso di morbo di Thomsen, degente nella Clinica Cavazzeni. Non vi sono precedenti ereditari e la malattia è iniziata a 26 anni. Tutti i muscoli sono ipertrofici, ma in modo particolare quelli degli arti inferiori. Vi è aumento della eccitabilità muscolare ed è nettamente positiva la reazione miotonica di Erb.

Il Segretario: A.

Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio.

Seduta dell'8 marzo 1930.

Pancreatiti acute a decorso attenuato con e senza steatonecrosi.

Prof. De Gironcoli. — L'O. presenta due casi personali nei quali ad onta dell'esordio brusco e precipitoso l'evoluzione del male fu meno grave di quanto abitualmente si riscontra nelle pancreatiti acute. Nel primo caso l'ammalata guarì senza intervento, mentre nel secondo l'intervento tardivo limitato al solo svuotamento della raccolta ematica peri-pancreatica portò a rapida guarigione. Da queste due osservazioni l'O. prende lo spunto per discutere il concetto ancora molto diffuso dell'intervento immediato nelle pancreatiti acute ed è portato, quando la diagnosi è sicura piuttosto ad aspettare che i fatti di skok iniziale siano passati per non intervenire in condizioni sfavorevoli.

Alla discussione prendono parte i soci: prof. Grollo e dott. Amistani.

L'O. illustra poi un ipernefroma del rene destro da lui recentemente operato presentando altresì all'assemblea il soggetto in ottime condizioni di salute.

Cirrosi ipertrofica di natura luetica. Nodo epatico sospetto della stessa natura.

Dott. Fabris. — L'O. riferisce di un suo ammalato che presentava fegato ipertrofico, liscio, discreto tumore di milza, senza ascite con itterizia.

Escluso trattarsi di ittero emolitico per differenti prove eseguite e sul siero e sulle orine, con W. positiva conclude trattarsi di cirrosi ipertrofica luetica a rapido decorso. L'autopsia ha confermato la diagnosi esposta.

Riferisce poi la storia di una ragazza venticinquenne vergine, che presentava un tumoretto in sede di colecisti, con accessi dolorosi intercorrenti ritenuti da calcolosi epatica. All'atto operativo fu riscontrata normale la vescicola biliare, e presso a questa sul bordo epatico fu esportato un tumoretto grosso quanto un ovo da piccione. Dall'esame istologico di questo fu escluso trattarsi di neoplasia, ma di granuloma avviato verso la involuzione sclerotica essendo costituito da accumuli in proporzioni varie di cellule epitelioidi, di mononucleati, di scarse plasmazellen atrofiche, di qualche cellula gigante, non avente il carattere di quelle di Langhans del granuloma tubercolare, con travate di tessuto connettivo disposto a fasci e ricco di cellule fusiformi.

La W. fu positiva (++++) per cui il R. ritiene pur con qualche riserva si tratti di epatite nodulare sclerogommosa luetica ereditaria visto che dal lato dei genitori esiste qualche fatto che può farla ragionevolmente sospettare. Nell'inferma fu eseguita la cura specifica di neo I.C.I. e in seguito di bismuto e di iodio (iobichin).

Paralisi postdifteriche tardive e sieroterapia.

Dott. Marcer. — L'O. riferisce una sua osservazione clinica relativa ad una bambina che ebbe a soffrire a breve distanza di pochi mesi di tre attacchi lievi di difterite naso-faringea, trattati con siero antitossico alla dose di 5000 u. i. Dopo 40 giorni dall'ultimo attacco per l'insorgenza di fatti paralitici a carico del III, VI, VII, IX, e parte del X nervo cerebrale con fatti di miastenia e paresi del plesso cervicale ripetè a forti dosi la sieroterapia previa saggio della tolleranza alla stessa, sì da iniettare 70000 u. i. ed ottenne in pochi giorni il ripristino di tutte le funzioni nervose.

Il R., che ritiene questi fatti quali espressioni di polinevriti tardive si dichiara convinto d'accordo con la maggior parte degli autori che s'interessarono dell'argomento dell'uso del siero precoce ed intenso all'inizio della malattia, riprendendo le iniezioni a dosi generose associate a cura stricninica (la cui tolleranza è nota nei bambini presentanti lesioni nervose in atto) al primo insorgere delle manifestazioni paralitiche.

Il Segretario: Dott. P. Fabris.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Gli ampollomi vateriani con ittero intermittente.

A proposito d'un caso osservato nella sua Clinica il prof. Carnot (*Paris Méd.*, n. 20 maggio 1928) riferisce sui tumori che sorgono nei pressi dell'ampolla di Vater.

Secondo l'origine i cancri dell'ampolla di Vater possono essere divisi in ampollomi duodenali, coledocici e wirsungiani. L'ittero intermittente è proprio di quelli duodenali; gli altri producono un ittero continuo.

L'intermittenza dell'ittero può essere dovuta o a temporanea apertura del canale, o a distacco di particelle di neoplasma od a successivi accessi di angiocolite.

La presenza continua di sangue nel sondaggio duodenale depone per un'ulcerazione del duodeno, benchè anche il neoplasma del canale possa sanguinare un po'.

Qualche indicazione sulla sede del neoplasma può essere fornita dalle ricerche di laboratorio: l'assenza di lipasi nel succo duodenale potrà fare ammettere l'ostruzione del canale di Wirsung, come l'assenza della b con presenza di lipasi sta piuttosto per un neoplasma del coledoco.

L'intermittenza dell'ittero nelle forme di origine duodenale è importante, perchè può condurre alla diagnosi errata di calcolosi biliare. La presenza d'una vescichetta gonfia emorragie intestinali e di cellule neoplastiche nel succo duodenale faranno sospettare un ampolloma vateriano.

È necessario in tali casi non indugiare nell'intervento chirurgico, ed attendere che sorgano prima le intossicazioni colemiche e l'infezione delle vie biliari.

CARUSI.

Sull' ittero dissociato.

Chabrol, Benard e Bariety (*Lancet*, 11 agosto 1929) hanno studiato l'argomento e hanno cercato metodi di dosaggio dei sali biliari nelle urine, nel siero di sangue, nella bile. I metodi fondati sulla modificazione della tensione superficiale sono utili nella bile, e, con dovute precauzioni, nelle urine, nelle quali ha molta importanza la quantità di cloruro sodico presente. Pel siero di sangue usano un metodo derivato da quello di Pettenkofer, sensibile fino alla diluzione di 1:10000. Nei normali si ha una concentrazione di circa 16 gr. per litro nella bile estratta col sondaggio duodenale, ma il succo enterico dell'ileo, già non ne contiene quasi più. Nelle urine i sali biliari sono assenti. Nel sangue ve ne è circa 10 ctg. per litro.

Il rapporto sali-pigmenti nella bile (indice biliare, così detto dagli AA.) è di 40.

Nell'ittero emolitico, nel siero e nelle urine il reperto è come nei normali: la bile duodenale però contiene un eccesso di pigmenti per cui l'indice biliare è di circa 6 invece di 40.

Nell'ittero da stasi i sali biliari dovrebbero abbondare nel siero, ma gli AA. con loro meraviglia ne hanno trovato una scarsa quantità. Anche nelle urine se ne trova meno di quanto si potrebbe pensare, immaginando che la soglia pei sali biliari sia molto più bassa che pei pigmenti. Ciò sembra dovuto al fatto che i sali vengono prodotti nel fegato in minore quantità: in tali circostanze realmente si trova un aumento di colesterina nel sangue, non utilizzata per la produzione di sali biliari. Taluno vede in ciò una prova della lesione delle cellule epatiche (Lemierre e Brulé).

È importante il fatto, trovato dagli AA., che iniettando nel sangue sali biliari, non si produce prurito nè bradicardia, i quali invece si hanno nell'ittero da ostruzione.

DORIA.

Le coledociti infiammatorie.

Con tale denominazione J. Carrier e M. Thalheimer (*Arch. malad. tub. digest. et de la nutrit.*, maggio 1929) descrivono quelle infiammazioni, stenosanti o non, che si presentano lungo il coledoco, non si accompagnano a litiasi delle principali vie biliari, ma che dànno luogo tuttavia ai disturbi propri della ritenzione biliare. Due casi riferiti, che presentavano tale infiammazione, dà l'occasione agli AA. d'intrattenersi sull'argomento.

In generale tale lesione si manifesta in malati con antecedenti di calcolosi biliare, e con episodi febbrili, i quali stanno a testimoniare la natura infettiva.

I segni clinici che si accompagnano a tali coledociti sono: un ittero da ritenzione, che si presenta ed evolve a periodi; crisi dolorose intermittenti, ma di scarsa intensità; temperatura febbrile tra 37° e 38°.5; dolore alla pressione della regione epatica e cistica.

La colecistografia con la tetraiodo fa notare l'assenza di calcoli, ma l'impervietà del coledoco.

La sintomatologia appare simile a quella che si riscontra nella calcolosi del coledoco, e solo piccole sfumature di dettaglio ne stabiliscono la differenza.

La cura consiste nell'intervento precoce, per ristabilire la permeabilità del canale biliare, e la scomparsa dei fenomeni infiammatori. Il procedimento migliore, quando è possibile, consiste nella coledocotomia con drenaggio dell'epatico.

Di 13 casi trattati con tale metodo, 9 guarirono completamente.

CARUSI.

I calcoli intramurali della cistifellea.

A. Josset, P. Duval, J. Bertrand e F. Moutier (*Presse Méd.*) osservano che i calcoli che si formano nella parete della cistifellea hanno talora una sintomatologia muta e possono anche sfuggire all'attenzione del chirurgo, poichè spesso all'intervento la cistifellea si presenta d'aspetto normale e la stessa palpazione non fa rilevare nulla di notevole.

All'apertura della cistifellea, dopo accurato lavaggio con soluzione fisiologica, si nota però che la mucosa presenta macchie nero-verdastre più o meno numerose a seconda della quantità dei calcoli ed in corrispondenza di essi. I calcoli possono essere costituiti di sali biliari o di colesterina e si formano in corrispondenza dei diverticoli di Luschka.

La cura della calcolosi intramurale della cistifellea è chirurgica (colecistectomia).

C. GIACOBBE.

Un caso di calcolosi del coledoco in bambino.

E' noto che i processi patologici delle vie biliari nei bambini sono rarissimi. Schroeder trova appena il 2.4 per cento fino a 20 anni, mentre nelle età seguenti un aumento progressivo. Lo stesso si rileva dalle statistiche di Harley, Garnier e Prieur. Carey, in una bambina di 9 anni con sintomatologia di appendicite, trovò un calcolo del coledoco. In genere è stata fatta diagnosi di appendicite.

Pop e Muresan (*Zentr. f. Clin.*, n. 5, 1930) hanno osservato un caso in un bambino di 13 anni ricoverato nella Clinica chirurgica della Università di Cluj (Rumania), il quale da vari anni soffriva di dolori all'epigastrio con intervallo di 2-10 settimane, qualche volta subito dopo i pasti, accompagnati spesso da vomito. A 7 anni ebbe ittero. Quando l'infermo fu condotto in Clinica era stato colpito improvvisamente da dolore all'epigastrio che poi si diffuse alla fossa iliaca destra con vomito biliare e singhiozzo.

All'esame obiettivo si notava timpanismo dell'addome, area epatica impiccolita, resistenza muscolare ed un impacco intorno al duodeno.

Fecero diagnosi di ulcera duodenale perforata. All'operazione si trovò una cistifellea distesa della grandezza d'un'arancia, dilatazione del cistico e del coledoco. Fatta una puntura del coledoco, quando questo si afflosciò fu possibile sentire nelle vicinanze della papilla di Vater un calcolo. Fu fatta una coledocotomia e l'estrazione del calcolo seguita da drenaggio con tubo a T e poi una colecistectomia retrograda.

L'errore di diagnosi era poggiato sulla mancanza dell'ittero e sulla rarità delle calcolosi nei bambini.

R. BRANCATI.

Le false sciatiche per cellulalgia.

I malati affetti da false sciatiche per cellulalgia hanno la stessa attitudine e lo stesso modo di camminare dei malati per sciatica vera e così pure il dolore provocato con la manovra di Lasègue e con la pressione sulla regione delle natiche.

J. Paviot, J. Martin, Dechaume e Lageze (*Journ. de méd. de Lyon*, 20 genn. 1929) riconoscono delle differenze. Il dolore è risvegliato con i tentativi di mobilizzazione, attivi e passivi; viene esagerato quando l'individuo mette i piedi in terra, cessa del tutto in riposo, mancando le esacerbazioni spontanee; l'attività muscolare è indispensabile per la sua produzione.

Nessuna modificazione dei riflessi tendinei. Invece, alla palpazione sistematica e metodica della regione glutea, si sentono le nodosità cellulalgiche, di ogni forma e dimensione, ragonabili a noccioli di dattero, a grossi p[illegible]lini di piombo, oppure dei cordoni sinuosi, delle specie di placche, che sembrano blindare il tessuto cellulare e non aderiscono alla cute. Tali masse sono molli, poco resistenti, crepitano finemente sotto le dita e possono scomparire dopo palpazioni prolungate e ripetute; esse sono dolorose alla pressione del dito e si trovano anche in altre regioni: docce vertebrali, muscoli della nuca e spiegano i dolori del paziente, in altre regioni, nel passato.

I dolori della falsa sciatica resistono ai trattamenti classici (revulsivi, elettroterapia, ecc.), ma la kinesiterapia, fino dalle prime sedute porta un gran sollievo e dà in breve la guarigione.

Si tratta, in questi casi di disturbi umorali, analoghi a quelli dell'edema di Quincke. La diagnosi non può farsi che per eliminazione, escludendo la sciatica sintomatica e quella essenziale.

Oltre alla kinesiterapia, con massaggio per impastamento, si farà un trattamento generale per modificare le condizioni generali diverse secondo gli individui.

fil.

Il torcicollo.

Vi sono delle forme di torcicollo, che sono di dominio chirurgico: T. cicatriziale (sezione od estirpazione delle briglie cicatriziali). T. secondario ad otite o mastoidite (in questa forma, il medico può intervenire con applicazioni calde o massaggio). T. da distorsione cervicale (decubito adatto ed estensione continua). T. spasmodico (sezione dei muscoli contratti e dei tre primi nervi cervicali). T. per reazione muscolare (è spesso necessaria la sezione dello sterno-cleido-mastoideo, in vicinanza delle inserzioni inferiori).

Vi sono invece due forme, in cui si deve istituire un trattamento medico e sono:

1) *T. reumatico.* Secondario ad un'artrite reumatica delle articolazioni rachidee. Se l'in-

dividuo è febbricitante, il salicilato di sodio riesce meglio: 2 grammi ad ogni somministrazione di latte (mattino, mezzogiorno e sera), tenuto conto che il malato non dovrà prendere che del latte fino a che dura la febbre.

Se non vi è febbre, somministrare dell'aspirina a dosi di cg. 50, 3-4 volte al giorno, o del salofene alle stesse dosi. Regime latto-vegetariano.

Applicazione alla nuca di compresse caldo-umide, coperte con taffetà gommato. In genere, sono necessari 8-10 giorni.

2) *T. mentale.* Talvolta è consecutivo all'encefalite epidemica e sembra allora dovuto ad una lesione nella regione dei nuclei grigi.

Il trattamento con pillole di stramonio è talvolta riuscito.

Stramonio . . . . . cg. 5
Gardenal . . . . . . » 1

Per una pillola; una prima del pasto del mezzogiorno e della sera, per 10 giorni di seguito.

Nei 10 giorni seguenti, un'iniezione quotidiana di 1/5-2/5 di milligrammo di bromidrato di scopolamina; oppure somministrazione dello stesso per bocca (due granuli al giorno di 1/5 di mg.).

Talvolta si rende necessaria la sezione del tendine dello sterno-cleido, ma si dovrà sempre tentare dapprima un trattamento psicoterapico.

(*Journ. des praticiens*, 12 ottobre 1929).

fil.

Eziologia e terapia del dolore alla spalla.

A. Lux (*Wiener med. Wochens.*, anno 40°, n. 50) osserva che le cause endoarticolari dei dolori alla spalla (artriti tubercolari, gonorroiche, reumatiche) sono rare, mentre sono più frequenti le cause extraarticolari, in particolar modo le borsiti, sia acute che croniche.

Nella forma acuta, il braccio è pendente come paralizzato ed il minimo tocco provoca intensissimo dolore ed i movimenti di adduzione e di abduzione sono limitati.

Per il trattamento, l'A. consiglia di fare un cauto massaggio della spalla, semplicemente col palmo della mano, facendolo durare per 5-7 minuti, fino a che si calma il dolore. Si procede poi all'immobilizzazione: il braccio viene fissato in adduzione e col gomito contro il torace, si applicano poi sulla spalla delle compresse di garza imbevute di acqua ossigenata e compresse fra le mani, procedendo po alla fasciatura, applicando dapprima uno strato di cotone. La fasciatura si assicura con strisce di cerotto e si lascia in posto per 12-24 ore, ripetendo poi il massaggio e l'immobilizzazione.

Soltanto quando sarà scomparso ogni dolore, si inizierà la cura con l'aria calda e la diatermia.

Nella borsite cronica, che lascia spesso come conseguenza delle aderenze, i sintomi consistono in una leggera dolorabilità della parte interna del braccio ed in parestesie, sintomi che possono anche mancare. Con la prova di mobilizzazione, fatta fissando con la mano, la spalla del paziente, si ottiene al massimo una abduzione di 90°.

Per il trattamento, l'A. consiglia di fare sedute di 20 minuti con aria calda e di procedere poi alla mobilizzazione, fissando con la mano la spalla del paziente e procedendo poi a movimenti di rotazione e di abduzione, facendo poi seguire un altro periodo di 20 minuti con aria calda o con diatermia. In generale sono sufficienti 15-20 sedute.

La frequenza di queste affezioni deve essere grande, poichè l'A. in 4 anni ne ha veduto e trattato 785 casi.

fil.

Tetano intermittente.

Con tale denominazione Ph. Pagniez e R. Rivoire (*Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, n. 35, dic. 1929) descrivono il caso d'un individuo, il quale dopo essersi infettato di tetano per un trauma al piede, presentò dal primo giorno crisi di contratture in numero variabile durante le 24 ore, che lo sorprendono all'improvviso, contratture degli arti inferiori e dei muscoli addominali, con polso a 120, temperatura febbrile, aspetto ansioso e sudori profusi. Questa sintomatologia si dilegua per dar luogo ad una condizione normale, a cui succede una nuova crisi.

Tenendo conto della scarsa gravità dell'infezione, non si istituisce alcuna cura, ed infatti le crisi diminuiscono d'intensità nei giorni successivi, fino a scomparire del tutto.

Non v'è dubbio che la sintomatologia presentata dal paziente, con trisma, contratture, ecc., sia quella propria del tetano; ma contrariamente a quanto si nota in tale malattia, in questo caso le contratture non erano permanenti, ma intermittenti, costituendo così una forma di tetano non comune, e di cui non è fatto menzione nei trattati di medicina.

Il caso riferito è interessante, perchè mette in evidenza una sintomatologia eccezionale del tetano.

CARUSI.

TERAPIA.

Sul trattamento delle morsicature di vipera.

A. Lutier (*La Presse médicale*, 20 nov. 1929) consiglia:

1) Subito dopo la morsicatura, stringere, con un laccio o con un fazzoletto, l'arto il più vicino possibile alla morsicatura, verso la radice, in modo da impedire la diffusione del veleno:

2) Far sanguinare la ferita e cercare di evacuare il veleno succhiando, se non vi sono erosioni labiali o noccali;

3) Lavare abbondantemente la ferita versandovi abbondantemente una soluzione recente di cloruro di calce a 1/60 in acqua distillata, oppure con una soluzione di cloruro d'oro a 1/100. Queste due sostanze distruggono bene il veleno che rimane nella ferita.

Fare una medicatura asettica consueta. *È inutile cauterizzare la ferita col ferro rovente o con caustici;*

5) Fare l'iniezione di siero antivelenoso, che è preparato dall'Istituto Pasteur (il siero E. R. è adatto per le vipere d'Europa). Se ne introducono 10 cmc. (per i bambini come per gli adulti) sotto la pelle, nel tessuto cellulare al fianco; se si interviene dopo 3 ore, si dovranno iniettare 2-3 dosi simultaneamente; se si interviene molto più tardi, si farà l'iniezione endovenosa. Il siero non contiene nessuna sostanza tossica e non ha mai dato incidenti.

Il siero è anche assai utile in certi casi di punture di api, vespe, ecc. che determinano talvolta accidenti gravi ed anche la morte, specialmente se la puntura è stata fatta sulle mucose; in casi di puntura della faringe, in individui che avevano mangiato delle frutta contenenti tali insetti, si è avuta la morte per edema della glottide.

Il siero conserva l'attività per cinque anni.

fil.

Casi mortali di avvelenamento da acido acetil-salicilico.

Sono riferiti da G. Hultkvist (*Acta medica scandinava*, 1929, n. 1/2) in malati che avevano ingerito spontaneamente per liberarsi da un raffreddore banale, da dolori reumatici, da cefalea, notevoli quantità di acido acetil-salicilico (aspirina).

I sintomi presentati non sono uniformi; il più costante sarebbe l'aumento di frequenza del polso (103-120 al minuto). La morte sopravvenne talora improvvisamente quando i sintomi morbosi sembravano scomparsi, altre volte, invece, dopo un periodo di coma, di convulsioni, di cianosi e di dispnea. Quest'ultima, caratterizzata da una respirazione ansante, è conosciuta sotto il nome di salicil-dispnea ed è probabilmente dovuta, come il coma diabetico, ad uno stato di acidosi.

Nulla di caratteristico all'autopsia. Incostanti sono le ecchimosi del pericardio, più frequenti quelle della mucosa gastrica. Notevoli sono l'indurimento della milza ed il colore bruno-violaceo dei muscoli.

fil.

Il trattamento del furuncolo delle labbra.

Ecco quanto consiglia Chiari (*Wiener. med. Wochens.*, 41° anno, n. 14): riposo a letto, parlare poco, evitare ogni sforzo, dieta liquida o semiliquida. Si copra il furuncolo con semplice medicatura alla vasellina borica o con pomata a base di vaccino antistafilococcico. Si evitino perchè inutili le applicazioni umide, e sopra tutto le spremiture perchè pericolose. Se non vi è apertura spontanea si intervenga con una punta di bisturi nel punto di maggior rammollimento, o meglio col termocauterio. Se vi è febbre alta con tendenza all'espansione si può ricorrere alle iniezioni di sangue autogeno (Laewen) prelevato dalla vena cubitale ed iniettato ai limiti dell'infiltrazione. Nei casi di media gravità si pratichi la stasi alla Bier, circondando il collo con una fascia elastica larga 3 cm., più in basso possibile. In corrispondenza delle carotidi si pongono tra la fascia e la pelle due piccole placche di feltro. La stasi deve essere mantenuta dalle 20 alle 22 ore al giorno, e, se praticata correttamente, deve dare al malato un netto senso di sollievo.

L. TONELLI.

Il trattamento pratico del foruncolo banale con la soluzione di mercuro-cromo.

G. Léo (*Bull. et Mém. de la Soc. d. Chirurgiens de Paris*, t. XXI, n. 16, 1929) comunica i risultati della sua esperienza personale sull'impiego del mercuro-cromo, associato agli altri mezzi abituali, per ottenere la guarigione rapida del foruncolo banale.

Preconizza semplicemente un trattamento che abbrevia l'evoluzione della foruncolosi di media gravità e che consiste nel:

1) fare una puntura nel punto medio di sfacelo del foruncolo con l'ansa di platino di un piccolo galvano-cauterio elettrico;

2) introdurre per l'orificio creato uno stiletto ordinario bottonuto, imbevuto di una soluzione di mercuro-cromo al 2 per cento;

3) applicare un impacco umido caldo con liquido di Dakin due volte al giorno;

4) somministrare un vaccino antistafilococcico per via orale per la durata di 20 giorni;

5) evitare di premere il foruncolo per spremere la sierosità od il cencio necrotico.

Con tale programma, applicato senza lacuna, si può assicurare al paziente la guarigione in 9 giorni ed al di là di tale data l'impiego del vaccino assicurerà di evitare qualsiasi recidiva.

BUCCI.

I clisteri di salicilato di sodio.

Crouzet (*Journ. de méd. de Paris*, 10 ottobre 1929) consiglia la formula seguente:

Salicilato di sodio	g.	16
Gomma arabica polverata	»	4
Latte bollito q. b. per	cmc.	100

Ogni cucchiaio di questa miscela corrisponde a 2 grammi di salicilato di sodio. Se ne

usa la quantità necessaria, introducendola con una siringa o con una pera di gomma. La mucosa rettale sopporta bene il contatto di questa soluzione con la gomma ed il latte. *fil.*

I clisteri solforosi nell'ipertensione.

A. Bisset (*The practitioner*, febbr. 1930) riferisce di avere ottenuto buoni risultati con l'uso dei clisteri fatti con acqua solforosa, usandone 600-1200 cmc. a temperatura di 37°,8-40°, con una pressione di 45-60 cm. La pressione sanguigna misurata prima e dopo il clistere ha mostrato una diminuzione di 10-40 mm. di mercurio. Nelle 12 ore susseguenti, la pressione ritorna ad essere quella di prima, ma proseguendo il trattamento (per 2-4 settimane) si ottiene una diminuzione persistente.

La rapida diminuzione dopo il clistere è di spiegazione difficile. Secondo Lissimore, l'acqua minerale usata (di Harrogate, in Inghilterra) avrebbe un effetto battericida sul B. coli e sugli streptococchi intestinali, ma ciò non potrebbe far diminuire la pressione in così breve tempo. La temperatura potrebbe avere un effetto depressore dilatando i vasi del colon e, di riflesso, quelli del tenue. Secondo altri autori, la mucosa intestinale contiene una certa quantità di istamina e la temperatura del clistere ne metterebbe in libertà in quantità tale che, entrando in circolo, determinerebbe la depressione. La depressione duratura, che si osserva dopo le 2-4 settimane di cura sarebbe dovuta all'eliminazione delle tossine e dei batteri dannosi dal colon, nonchè agli effetti terapeutici dell'acqua solforosa sulla mucosa del colon.

Nei casi dell'A. su 25 uomini, dell'età media di 65 anni, ha ottenuto la diminuzione di pressione sistolica da 175 a 137 e della diastolica da 94 a 80; nelle 37 donne, dell'età media di 60 anni, la diminuzione rispettiva da 162 a 130 e da 90 a 79. *fil.*

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

La vigilanza igienica sugli alimenti.

Pesci, crostacei, molluschi, burro, grassi, olii, formaggi, ecc.

In applicazione dell'art. 114 del T. U. delle Leggi Sanitarie, l'art. 115 del Regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, enumera le sostanze alimentari che, oltre la carne ed il latte, sono soggette a vigilanza igienica. Abbiamo già illustrato le disposizioni riguardanti questi due alimenti; passeremo ora in rassegna le norme che disciplinano la vigilanza igienica degli altri prodotti alimentari. Dette norme son contenute nel citato regolamento generale ed in quello speciale 3 agosto 1890, nonchè in leggi e regolamenti particolari. Per un gruppo importante di alimenti, cioè per le sostanze di origine agraria, le disposizioni relative sono state riunite e completate nel R. decreto-legge 15 ottobre 1925, n. 2033 (sulla repressione delle frodi nella preparazione e nel commercio di sostanze di uso agrario e di prodotti agrari), convertito nella legge 18 marzo 1926, n. 562, e nel relativo regolamento 1° luglio 1926, n. 1361. Questo decreto contiene anche molte disposizioni sui prodotti agrari non alimentari, le quali non interessano l'ufficiale sanitario, ed ha finalità anche di carattere economico e fiscale, mirando ad impedire le frodi nella preparazione e nel commercio di svariati prodotti; finalità che, il più delle volte, si integrano, però, con quelle di carattere igienico, in quanto la frode porta spesso ad alterazione della genuinità o della salubrità della sostanza alimentare.

Ricorderemo solo le parti del decreto-legge e del regolamento che hanno diretta attinenza colla vigilanza igienica.

Seguendo, per comodità di esposizione, l'ordine della materia quale risulta dal regolamento 3 agosto 1890, accenniamo prima brevemente alla vigilanza sui *pesci, crostacei* e *molluschi*. L'art. 69 sottopone a vigilanza tanto i mercati quanto le rivendite di pesce; è prescritto il sequestro e la distruzione dei pesci in stato di incipiente alterazione o uccisi con sostanze narcotiche o altrimenti nocive; di quelli pescati in acque pantanose o di macerazione del lino o della canape, o appartenenti a specie notoriamente nocive, in particolare durante l'estate o nell'epoca della fregola. È proibito l'impiego di sostanze coloranti, anche non nocive, allo scopo di fare apparire come freschi crostacei, pesci e molluschi in stato di incipiente alterazione. I pesci conservati, salati, affumicati, marinati o all'olio, alterati o comunque deteriorati, dovranno essere sequestrati e distrutti.

La produzione e lo smercio dei molluschi, precedentemente sottoposti alle norme degli art. 118 e 119 del regolamento generale sani-

tario, sono stati di recente disciplinati con maggior rigore dalla legge 4 luglio 1929, num. 1315, contenente *norme sanitarie per la coltivazione ed il commercio dei molluschi eduli.* Questa legge costituisce un complesso organico di disposizioni per le quali i molluschi (ostriche, mitili, ecc.) sono igienicamente sorvegliati dal luogo di loro produzione fino allo spaccio di vendita al minuto. Vengono infatti subordinati ad accertamento ed a vigilanza sanitaria la concessione di zone di mare per l'impianto di coltivazioni o depositi di molluschi eduli, e l'esercizio dei relativi stabilimenti. Ove risulti necessario, può essere imposta la costruzione di bacini di stabulazione da approvarsi dall'autorità sanitaria. Speciali norme garantiscono, dal lato igienico, il lavaggio ed il rinfrescamento, la spedizione ed il trasporto dei molluschi, per il quale è obbligatorio che siano accompagnati da un certificato di salubrità del bacino di provenienza, rilasciato dall'ufficiale sanitario, o dall'Ispettorato tecnico demaniale del Mar Piccolo di Taranto, per i molluschi di quella Azienda demaniale di coltivazione, che è la più importante del Regno. È vietata la vendita di ostriche e mitili non provenienti da allevamenti o depositi debitamente autorizzati, ed è prescritta la licenza del Podestà, rilasciata su parere dell'ufficiale sanitario, per l'esercizio di vendita di molluschi eduli. Con decreto ministeriale sarà vietata la raccolta dei molluschi nelle zone acquee che non presentino le dovute garanzie nei riguardi igienici.

Burro e surrogati. Grassi. La produzione ed il commercio del burro e dei suoi surrogati, prima disciplinati dalla legge 19 luglio 1894, n. 359 (rifusa negli art. 117-122 del T. U. delle leggi sanitarie) e dal relativo regolamento 10 settembre 1895, n. 625, sono ora soggetti alle disposizioni del decreto-legge 15 ottobre 1925 e del regolamento 1° luglio 1926 già ricordati. Il nome di *burro* è riservato alla materia grassa ricavata, con operazioni meccaniche, unicamente dal latte di vacca. La materia grassa ricavata dal latte di pecora deve essere messa in commercio coll'indicazione di « burro di pecora ». Il burro deve contenere almeno l'82 % in peso di materia grassa, non deve contenere agenti di conservazione, ad eccezione del sale comune o del borato di sodio (di quest'ultimo non più del 2 ‰), nè essere colorato con colori vietati.

Chiunque fabbrica o mette in vendita come *succedanei del burro* grassi non provenienti dal latte, deve dichiarare la natura del grasso di cui sono formati (olio di grasso di cocco, grasso di margarina, ecc.). Le miscele di detti grassi, anche se contengono burro, devono esser indicate come *margarina.* Tali denominazioni devono ripetersi sul prodotto, sui recipienti, involucri, fatture, ecc. ed essere apposte in caratteri ben leggibili all'esterno ed all'interno dei locali di fabbricazione, manipolazione e vendita. I grassi venduti come succedanei del burro, devono contenere non meno dell'84 % in peso di materia grassa; è, inoltre, prescritto che non possano esser messi in commercio se non sono preventivamente mescolati col 5 % di olio di sesamo o col 0,5 % di fecola. Tali sostanze agiscono come *rivelatori,* in quanto servono a rendere più agevole il riconoscimento, mediante l'analisi, dei surrogati in confronto col burro genuino. È vietata l'aggiunta ai succedanei del burro di materie coloranti e di agenti di conservazione, ad eccezione del sale comune e del borato di sodio, purchè quest'ultimo non superi il 2 ‰.

L'apertura di fabbriche di succedanei del burro deve esser denunziata al Podestà, il quale ne farà accertare le condizioni igieniche e dovrà assicurarsi che i locali relativi siano nettamente separati e non comunichino, neppure attraverso cortili, con locali in cui si prepari il burro.

Il nome di *strutto* è riservato al prodotto ottenuto per estrazione a caldo dai tessuti adiposi del maiale; lo strutto non deve contenere grassi diversi da quelli del maiale, nè acqua in proporzione superiore al 1 %; nè sostanze estranee di qualsiasi natura, fatta eccezione per il sale da cucina.

È vietata la vendita diretta al consumatore di burro, sia di vacca che di pecora, di strutto e di ogni altro grasso alimentare di origine animale, che, all'esame organolettico, si presenti rancido o in altro modo alterato.

Formaggio. Anche per i formaggi le disposizioni della legge 17 luglio 1910, n. 522 (provvedimenti per combattere le frodi nel commercio dei formaggi) e del regolamento 4 giugno 1911, n. 829, sono state sostituite da quelle del decreto-legge 15 ottobre 1925 e del regolamento 1° luglio 1926, nonchè dal R. decreto 12 agosto 1927, n. 1925, che ha parzialmente modificato il regolamento.

È stabilito che il nome di *formaggio* o *cacio* sia riservato al prodotto che si ricava dal latte intero, o parzialmente o totalmente scremato, oppure dalla crema, in seguito a coagulazione acida o presamica, anche facendo uso di fermenti e di sale da cucina. I formaggi devono essere indicati, a seconda del contenuto in materia grassa, come « formaggio grasso » se questo non è inferiore al 42 %; « formaggio semigrasso o parzialmente scremato » se è compreso fra 20 e 42 %; « formaggio magro » se è inferiore al 20 %. Questi valori si riferiscono alla sostanza secca del formaggio. Tali indicazioni devono riportarsi sul prodotto, sugli involucri, fatture, ecc.; se esse mancano, il formaggio si intende messo in commercio come formaggio grasso. E' vietato vendere formaggi in stato di manifesta putrefazione o colorati con sostanze coloranti non consentite.

Chi fabbrica, mette in commercio, vende, esporta o importa formaggi addizionati di

grassi estranei, deve indicarli colla denominazione di *formaggio margarinato*, che sarà ripetuta sulle forme, involucri, ecc. ed all'esterno e all'interno dei locali di vendita all'ingrosso e al minuto. È vietata la colorazione della pasta dei formaggi margarinati; è prescritto che essi siano fabbricati a pasta dura, in forme del peso non superiore a 14 kg. e colorate esternamente e su tutta la loro superficie colla materia colorante detta « rosso Vittoria ».

Olio. La produzione e il commercio dell'olio commestibile, prima regolati dalla legge 5 aprile 1908, n. 136 (disposizioni per combattere le frodi nella preparazione e nel commercio dell'olio di oliva) e dal relativo regolamento 7 settembre 1908, n. 620, sono ora disciplinati, essi pure, dal decreto-legge e dal regolamento per la repressione delle frodi nella preparazione e nel commercio di sostanze di uso agrario e di prodotti agrari, già più volte citato. Se non che, una recente disposizione (R. decreto-legge 30 dicembre 1929, n. 2316) ha modificato in modo sostanziale le norme precedenti vietando la produzione e la vendita dei cosidetti *olii miscelati*, cioè provenienti da tagli di olii d'oliva con altri olii vegetali. Attualmente perciò le disposizioni che regolano tale materia sono le seguenti.

Il nome di *olio o di olio di oliva* è riservato al prodotto della lavorazione dell'oliva (olea europea) senza aggiunta di sostanze estranee o di olii di altra natura. Chi intende fabbricare olii vegetali commestibili, diversi da quello di oliva, deve farne denuncia al Podestà e contemporaneamente al Ministero dell'agricoltura e delle foreste, indicando, oltre le generalità del fabbricante e la sede della lavorazione e del depositi degli olii, anche il vegetale da cui l'olio viene estratto. Gli olii (non di oliva), anche se estratti da vegetali diversi dal sesamo o importati dall'estero, debbono essere addizionati, prima di passare al commercio, con il 5 % di olio di sesamo a reazione cromatica caratteristica. Questa prescrizione, come per i surrogati del burro, ha lo scopo di facilitare il riconoscimento analitico degli olii vegetali diversi da quello di oliva.

È vietata l'aggiunta agli olii vegetali commestibili di sostanze coloranti comunque estranee o di grassi naturalmente colorati, allo scopo di correggerne il colore.

È vietato preparare e smerciare miscele di olio di oliva con altri olii vegetali commestibili. Questi ultimi devono essere venduti come *olio di seme*, riportando tale indicazione sui recipienti, fatture, ecc. e nei locali di deposito e vendita.

È permessa la vendita di olii di oliva deodorati, disacidificati, o comunque raffinati, purchè non contengano sostanze estranee aggiunte per correggerne il colore od altro carattere. Tra gli olii raffinati si comprendono anche quelli estratti dalle sanse di oliva, purchè siano privi di sostanze estranee e non contengano tracce del solvente usato per l'estrazione. Questi olii devono vendersi come « olii di seconda lavorazione ».

Gli olii commestibili non debbono avere più del 4 % di acidità totale espressa come acido oleico. È vietata la vendita di olii che all'esame organolettico rivelino odori disgustosi, come di rancido, di putrido, di fumo, di muffa, di verme, ecc.

Queste disposizioni, come appare evidente, non solo garantiscono dalle frodi nel commercio dell'olio, ma ne assicurano la salubrità e, nello stesso tempo, favoriscono il consumo dell'olio d'oliva, ciò che, trattandosi di un genere alimentare di produzione prettamente nazionale, rappresenta anche un rilevante vantaggio economico.

Per riguardo alle *uova* l'art. 113 del regolamento 3 agosto 1890 proibisce la vendita di quelle guaste o colorate con sostanze nocive.

Ben si comprende che la violazione delle disposizioni illustrate nel presente articolo, non sempre è così evidente da apparire al semplice esame organolettico delle sostanze alimentari; spesso, al contrario, occorrerà l'analisi di laboratorio per rivelarla. È perciò compito dell'autorità sanitaria preposta alla vigilanza, quando vi sia sospetto che il prodotto non corrisponda alle norme prescritte, provvedere al prelevamento dei campioni da inviarsi, per l'esame, ai laboratori comunali o provinciali competenti.

A. Franchetti.

POSTA DEGLI ABBONATI

All'abb. n. 8991-1:

Diamo l'indicazione delle opere più recenti sull'argomento che la interessa:

Dartigues. *Le renouvellement de l'organisme.* Un vol. di 424 pag. con 61 tav. fuori testo in nero e colori. G. Doin, ed. Paris, 1929. Frs. 60.

S. Voronoff et Alexandrescu. *La greffe testiculaire du singe à l'homme. Technique opératoire. Manifestations physiologiques ecc.* Un vol. in-8°, di 92 pag. con fig. G. Doin, ed. Paris, 1930. Frs. 15.

V. Pauchet. *La pratique chirurgicale illustrée*, fasc. XV. Un vol. in-8°, di pag. 240, figure 200. G. Doin, ed. Paris, 1930. Frs. 65.

Nel primo e nel secondo di questi volumi troverà esposto tutto il dottrinale e la tecnica relativa al trapianto. Nel terzo volume, da pag. 195 a 214, troverà descritto magistralmente da Dartigues il processo operatorio: ogni tempo è illustrato da due o tre magnifiche figure, che renderebbero anche superflua ogni descrizione.

T. Ferretti.

I raggi ultravioletti nella cura delle alopecie. — Al dott. U. S. da I. di C.:

I raggi ultravioletti si applicano a preferenza nelle alopecie areate (*area Celsi*), ma possono essere adoperati con qualche successo anche nelle alopecie del cuoio capelluto successive a seborrea, purchè la cura venga iniziata nei primi stadii del male e sia combinata con quella del processo seborroico.

Il così detto eczema seborroico non è, probabilmente, se non una dermatite micotica che s'impianta su terreno seborroico e va distinto dall'eczema volgare vero e proprio della cute seborroica.

Non è possibile qui accennare nè anche sommariamente alla bibliografia per la quale è necessario ricorrere ai trattati speciali, fra cui SABOURAUD: *Les maladies du cuir chevelu.*

V. MONTESANO.

VARIA.

La chiroterapia.

Questa viene d'America. Di tanto in tanto qualche metodo di cura più o meno paradossale, fondato su elementi teorici più o meno attendibili, sorge e prende voga per poi passare come meteora dopo le inevitabili delusioni degli infermi e l'arricchimento di qualche ciarlatano. I primi successi dovuti all'azione suggestiva valgono a sostenere la breve vita di questi assaggi che mettono sempre più in evidenza come l'umanità abbondi sempre di scrocconi e d'ingenui.

Naturalmente in tutti questi tentativi entra in giuoco l'elemento nervoso. Come l'assueroterapia guariva ogni sorta di male mediante la produzione di riflessi, la chiroterapia guarisce attraverso azioni meccaniche su i nervi spinali. Questi avrebbero un'influenza capitale e decisiva su tutti i fenomeni biologici.

Tutte le malattie sarebbero dovute allo spostamento delle varie vertebre, che esercitando una pressione su i nervi produrrebbero disordini motori, sensitivi, secretori e trofici degli organi che si trovano sotto il controllo dei nervi stessi.

Una malformazione, una lussazione o sublussazione di qualche vertebra basta a determinare e a spiegare qualunque affezione.

Tutto ciò è spiegato al pubblico con rappresentazioni grossolane ma atte ad impressionare la fantasia. Mediante tavole si spiegano i rapporti tra i forami intervertebrali ed i nervi e tra questi e gli organi. I nervi sono rappresentati da tubi di gomma attraverso i quali scorre il liquido vitale che si distribuisce agli organi. Il restringimento comunque provocato dai forami intervertebrali determina lo strozzamento dei tubi di gomma e conseguentemente la diminuzione o l'arresto del passaggio del liquido, donde la malattia dell'organo che dal liquido prendeva forza e vita.

L'immagine contrasta grossolanamente i dati scientifici, tuttavia si presta per la sua semplicità ad impressionare i gonzi. Certo è che negli Stati Uniti esistono attualmente ben 43 scuole dove la chiroterapia si insegna e si pratica.

Tutta la diagnostica si riduce a trovare la sede e la natura della alterazione vertebrale, e tutta la terapia è intesa ad eliminare questa alterazione.

Riconosciuto il male, facile è il rimedio. Si tratta di mettere a posto la vertebra colpevole. I mezzi possono essere blandi: massaggi, docce, applicazioni calde, ecc., ma non mancano mezzi più energici che possono essere poco allettanti e lasciare tracce ancora meno piacevoli. Un medico americano che ha voluto personalmente rendersi conto della tattica dei chiropratici dà al riguardo notizie interessanti. Egli presentava qualche segno di pleurite ed il chiropratico l'ha sottoposto ad una serie di movimenti terapeutici, la cui violenza ha dolorosamente colpito il medico che non ha potuto sottrarsi al supplizio fino alla fine della seduta, che aveva una durata prestabilita. Così slombato ed incurvato l'infelice ha conservato un ricordo doloroso della lezione, unica sotto tutti i punti di vista.

Tuttavia la brutalità della cura non dispiace ad alcuni pazienti. Per una specie di masochismo questi sentono con una specie di estasi sopravvenire il miglioramento a misura che le vertebre riprendono il loro posto. Si tratta evidentemente di neuropazienti per i quali il trattamento è tanto più efficace quanto più è originale, nuovo, paradossale. Si tratta di una psicoterapia, di un'azione suggestiva per la quale, a dir vero, spesso riescono meglio i ciarlatani.

La baldanza ed il successo dei chiropratici aumenta con il disprezzo ostentatamente dimostrato per la medicina scientifica. La batteriologia, la chimica, la farmacologia sono passatempi inutili. Una è l'etiologia, una la cura delle malattie. I tumori, le infezioni, le discrasie dipendono tutti dall'alterazione delle vertebre e questa rimossa la guarigione è sicura.

Naturalmente le cose non vanno sempre secondo le promesse. E qualche chiropratico è finito dinanzi ai tribunali. Ma ciò giova a scopi reclamistici. Dal banco degli accusati si è potuto diffondere il nuovo verbo terapeutico. Un certo Palmer proclamò ai giudici: la batteriologia è una delle più grandi sciocchezze; le analisi del sangue e delle urine non hanno alcun valore; le ricerche diagnostiche lunghe e dispendiose non sono più necessarie. Noi non misuriamo più la temperatura, non guardiamo la lingua, non percuotiamo, non ascoltiamo.

Questa specie di miracolismo si va diffondendo in America, ed è probabile che varchi l'oceano. Siamo avvisati e diffidiamo di questa nuova luce che viene d'occidente. *argo.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XIV. - Determinazione del trattamento economico minimo: decorrenza; indennità di cavalcatura.

La G. P. A. di Sassari, con deliberazione 22 settembre 1924, stabilì gli stipendi minimi dei sanitari condotti della provincia, dividendo i Comuni in tre categorie. Sulla base di questo provvedimento, il Consorzio di Bormanaro Borutta aumentò lo stipendio del medico condotto, in relazione alle condizioni di carriera, ma soppresse la indennità di cavalcatura, che sin allora era stata corrisposta al medico. Fu stabilita la data 1° gennaio 1925 per la decorrenza del nuovo trattamento economico.

Contro questa deliberazione l'interessato ricorse alla G. P. A. di Sassari, in sede giurisdizionale, la quale dichiarò irricevibile il ricorso per preteso errore del procedimento contenzioso, che non interessa esaminare ora.

La V sezione del Consiglio di Stato, con decisione 21 febbraio 1930 n. 98, ha annullato la risoluzione della Giunta, perchè il procedimento non poteva esser considerato nullo ed ha giudicato del merito della contestazione.

Si presentavano due questioni: *a*) era legittima la decorrenza 1° gennaio 1925?; *b*) poteva il Comune sopprimere la indennità per il mezzo di trasporto?

Circa la prima quistione, confermando la precedente sentenza 27 settembre 1929 n. 535, la Sezione ha ritenuto che non sia necessaria la decorrenza 1° febbr. 1924, cioè quella della data in cui entrò in vigore l'art. 34 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889 che stabilì il trattamento economico minimo. La quistione è nota.

Il Ministero dell'Interno, con circolare 12 luglio 1924, n. 20186, diede istruzioni alle autorità dipendenti nel senso della efficacia del nuovo trattamento dal 1° febbraio 1924, perchè da quel momento ebbe vigore l'obbligo dei Comuni e da quella data fu considerata *necessaria* una data remunerazione minima.

La prassi amministrativa si uniformò a questo criterio. Ma il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, con le due decisioni sopra indicate, ha ritenuto che, se la disposizione dell'art. 34 ebbe vigore sin dal 1° febbraio, ciò non importava che dalla stessa data dovesse decorrere *de iure* il nuovo trattamento economico; occorreva sempre un provvedimento dell'autorità tutoria che avesse fissato in data di massima gli stipendi minimi e la relativa decorrenza.

È da dubitare fortemente della esattezza di questa risoluzione. Vero che era necessario un provvedimento per la determinazione concreta degli stipendi minimi; ma è anche vero che la legge, con norma *imperativa*, stabilì sin dal 1° febbraio 1924, la necessità di un dato trattamento economico minimo in rapporto ad esigenze indispensabili.

La G. P. A. è organo di esecuzione per l'applicazione, nelle singole provincie, di uno stato economico *obbligatorio* e *necessario*.

L'attuazione ritardata aveva effetto anche sul passato, perchè una norma di diritto pubblico imponeva sin dal 1° febbraio una data remunerazione. La G. P. A. ha un potere discrezionale circa la *misura* ma non agli effetti della *determinazione*, che è necessaria, e del termine, derivando dalla legge un comando con efficacia immediata.

Malgrado le contrarie decisioni della V Sezione, la quistione non è da abbandonare. Relativamente alla seconda controversia, il Consiglio di Stato ha ritenuto legittima la soppressione della indennità per mezzi di trasporto, perchè non prevista nè nel capitolato nè nel bando del concorso. La risoluzione è di specie e, quindi, ha limitato valore di massima, soltanto per qualche riflesso indiretto.

È da avvertire però che il trattamento economico minimo nè pregiudica il diritto precedentemente quesito allo stipendio in misura maggiore nè assorbe speciali indennità, che hanno causa propria e distinta dalla vera e propria remunerazione. Il diritto ad indennità per mezzi di trasporto, se validamente acquistato, permane.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il còmpito dell'ufficiale medico nel giudizio del Duce.

Innanzi agli allievi ufficiali medici della Scuola di Sanità Militare di Firenze il Capo del Governo ha pronunziato le seguenti nobilissime parole, che lumeggiano ed elevano tutta l'opera del medico:

« Il còmpito al quale vi preparate, sia per il tempo di pace che per il tempo di guerra, è nobilissimo non soltanto dal punto di vista fisico, ma anche da quello morale. Non siete e non sarete soltanto medici, ma dovete essere in ogni circostanza di pace e di guerra anche degli educatori. Non ho bisogno di sottolineare a voi la grande e delicata responsabilità che voi avete in tempo di guerra. Coloro che come me hanno vissuta la guerra ricordano le infermerie improvvisate ai margini della trincea e nelle immediate retrovie, ricordano e valutano l'opera dei medici. Essi mi hanno salvato. Tutti quelli che hanno fatto la guerra sanno con quanta abnegazione, con quanto spirito di sacrificio, con quanto coraggio i medici abbiano assolto il loro còmpito.

« Qualche volta è accaduto che un medico abbia lasciato il suo posto agli infermieri, abbia preso il moschetto e sia corso in linea quando vi era da parare un pericolo imminente. Siate fieri di queste tradizioni, abbiate sempre altissimo il senso della vostra missione e della vostra responsabilità. Siate in ogni circostanza degni di portare la gloriosa divisa grigio-verde del fante italiano che è stata consacrata durante il sacrificio della guerra e baciata dal sole della vittoria ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BONDENO (*Ferrara*). — Scad. 15 giu.; per Scortichino; L. 9500 oltre L. 2500 trasp., L. 1640 c.-v.; età lim. 35 a.; l'eletto dovrà provvedersi di ambulatorio. Tassa L. 50,10.

CASALROMANO (*Mantova*). — Residenziale per tutta la popolaz. (1500 abitanti in due gruppi). Stipendio L. 10.000, 5 quadrienni del 1/10, L. 600 per Uff. San. se eletto dalla R. Prefett. Indenn. trasporto L. 2500 per auto o cavallo; L. 1800 per moto od uso non continuativo di cavallo; L. 500 per bicicletta; c.-v. Serv. di ambulatorio nel capoluogo. Età mass. 40 anni. Scadenza 6 agosto.

CASTEL DEL MONTE (*Aquila*). — Unica per soli poveri. L. 8500 lorde, L. 500 per Uff. San. Copia integrale atto di nascita, quietanza di L. 50 al tesoriere comunale. Documenti temporanei in data non anteriore ai 3 mesi dall'11 maggio. Scadenza 30 giugno.

CECCANO (*Frosinone*). *Amministrazione Provinciale di Roma*. — Per titoli scientifici e pratici. Medico assistente dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di S. Maria della Pietà, con l'incarico della direzione dell'Ospizio per cronici in Ceccano, con residenza obbligatoria in Ceccano stesso. Stipendio annuo L. 11.600, indenn. di serv. attivo L. 2800, indenn. caro-viveri nei casi e nella misura prevista dalle vigenti disposizioni, ed una indennità mensile di L. 550. Età non inf. a 25 e non sup. a 40 anni (salve eccez. di legge). Diploma di abilitaz. all'esercizio della professione di medico-chirurgo. La domanda in carta da bollo da L. 3, diretta al Prefetto R. Commissario per la Provincia di Roma, presso gli Uffici dell'Amministrazione Provinciale (via IV Novembre, 119-A) deve pervenire non oltre le ore 12 del 15 giugno 1930. Per richiesta dell'avviso di concorso rivolgersi alla Amministrazione Provinciale di Roma.

FIGLINE VALDARNO (*Firenze*). — Scad. 25 giu.; per Gaville; L. 8500 e 8 trienni dec., oltre c.-v.; età lim. 25-35 a.; tassa L. 50,15.

GUALDO CATTANEO (*Perugia*). — Scad. 30 giu.; pel capoluogo; L. 9000 e 3 quinquenni, oltre lire 600 serv. att., c.-v., L. 500-2000-4000 trasp.; tassa L. 50; doc. non anter. 1° marzo.

MILANO. *Pio Istituto di S. Corona*. — 1) Medico direttore residente negli Istituti; L. 35.000 senza aumenti; assegno servizio L. 7000; alloggio gratuito;

2) Primario chirurgo; L. 20.000; assegno serv. L. 6000; indennità vitto e alloggio L. 4000;

3) Primario medico profilattico; L. 20.000; assegno L. 6000; indenn. vitto e alloggio L. 4000;

4) Due posti di aiuto chirurgo; L. 12.500; assegno L. 5000; indenn. vitto e alloggio L. 4000;

5) Quattro posti assist. chirurgo; L. 9000; assegno L. 4000; indenn. vitto e alloggio L. 4000;

6) Assistente medico; L. 9000; assegno serv. L. 4000; indenn. vitto e alloggio L. 4000.

Tutti gli stipendi, ad eccezione di quello del direttore, con aumenti quadriennali del 1/10.

Limiti di età: per direttore, 45 anni (o 49 in base al R. D. 18 sett. 1919, n. 1825); qualunque età per quelli che hanno posti direttivi in altri stabilimenti sanitari; per primario chir. o med. a. 40 (o 44); per assist., a. 35 (salvo disposizioni per ex combatt.); per i primari, esercizio profess. da almeno 8 anni, di cui 4 in ospedali. Tassa L. 50. Scadenza 16 giugno. Rivolgersi Segret. Pio Istituto, Milano, via Cesare Correnti 13.

MONZA (*Milano*). *Ospedale Umberto I*. — Medico secondario; L. 5000 oltre L. 500 serv. att., partecipaz.; per le guardie L. 10 e vitto; nom. e 2 conferme biennali; tassa L. 50.

NOVARA. *Ospedale Psichiatrico*. — Scad. 30 giu.; medico primario; L. 11.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 2000 serv. att., L. 2000 indenn. guardia, c.-v.; computo servizi anteriori in Ospedali Psich.; età lim. 32 a.

NUORO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore ed assist. della Sez. med.-microgr., direttore e coadiutore della Sez. chim. dei Laborat. Provinc. di Igiene e Profilassi; scad. 30 giu.; stipendi lire 16.000, 14.000 e 12.000, oltre L. 3000, 2000 e 2000 serv. att.; 5 quadrienni dec.

PERUGIA. *Ospedale Psichiatrico Interprovinciale.* — Tre medici aiuti; L. 9500 e 5 scatti quadriennali di L. 800, oltre L. 1000 supplem., c.-v., vitto, alloggio personale; età lim. 40 a.; tassa L. 50. Scad. 10 lug.

PISA. *R. Prefettura.* — Ufficiali san. di S. Miniato e di Volterra; rispettiv. L. 6000 e L. 9000; titoli ed esami; scad. 10 ag. Rivolgersi Ufficio provinciale sanitario.

ROVIGO - *Amministrazione Provinciale.* — È aperto il concorso al posto di *Direttore* della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi.

Al posto è annesso lo stipendio iniziale di lire 16.000 annue lorde, aumentabile del decimo dopo ognuno dei due primi trienni di servizio e successivamente dopo un quadriennio e dopo ognuno dei due susseguenti quinquenni, fino a raggiungere al compimento del 20° anno, lo stipendio massimo di L. 24.000. Verranno computati agli effetti del conseguimento degli aumenti periodici gli anni di servizio che il nominato avrà prestato presso altre Amministrazioni Provinciali o Comunali o presso Amministrazioni Governative coprendo posti di pianta uguali a quello messo a concorso o ritenuti analoghi e corrispondenti. Oltre allo stipendio viene corrisposta una indennità di carica di L. 1.500 annue lorde e, fino a tanto che verrà mantenuta per gli altri dipendenti della Provincia, l'indennità di caroviveri nella misura in vigore per gli stessi.

L'Amministrazione Provinciale, inoltre, potrà accordare al personale tecnico del laboratorio, che se ne sia reso meritevole, speciali premi di operosità in relazione al lavoro compiuto per le indagini di interesse privato fino al limite massimo del 50 per cento degli introiti annui provenienti dai compensi per tali indagini.

Gli assegni sono gravati dell'imposta di Ricchezza Mobile e dal contributo per l'iscrizione alla Cassa di Previdenza per le pensioni dei Sanitari, che è obbligatoria.

Il concorso è per esami e per titoli, giusta quanto dispone l'art. 4 del R. D. 16 gennaio 1927 N. 155.

A suo tempo ai concorrenti verrà comunicata la sede nella quale si svolgeranno gli esami.

Ciascun concorrente dovrà far pervenire alla Segreteria della Provincia non più tardi delle ore 17 del 31 luglio 1930 la relativa domanda su carta bollata corredata dai seguenti documenti debitamente legalizzati:

1. Certificato di nascita da cui risulti che il concorrente non ha superato, alla data del presente avviso, i 45 anni, salvo il disposto dell'articolo 42 del R. Decreto 30 settembre 1922 n. 1290.

Non è prescritto nessun limite massimo di età:

a) per gli aiuto ed assistenti delle facoltà di medicina e chirurgia presso le Università e gli Istituti di istruzione superiore;

b) per coloro che alla data suddetta prestino servizio presso laboratori di igiene e di profilassi dipendenti dallo Stato o da altri Enti pubblici, in base a regolare nomina conseguita per effetto di pubblico concorso;

c) per coloro che alla data del presente avviso prestino ininterrottamente servizio, anche per effetto di incarico provvisorio, da almeno tre anni presso Laboratori di igiene e profilassi dipendenti dallo Stato o da altri Enti Pubblici.

2. Certificato di cittadinanza italiana.

3. Certificato di non avere subito condanne penali per i titoli indicati nell'art. 25 del T. U. della Legge Comunale e Provinciale, approvato con R. D. 4 febbraio 1915 n. 148, salvo che la condanna sia stata seguita da riabilitazione o da amnistia.

4. Certificato di buona condotta morale e politica.

5. Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo o diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito entro il 31 dicembre 1924, o entro il 31 dicembre 1925 per coloro che si trovassero nelle condizioni previste dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923 n. 2909.

Il diploma anzidetto dovrà essere esibito in originale o in copia notarile.

6. Certificato di avere adempiuto agli obblighi di leva.

7. Certificato di sana e robusta costituzione e di idoneità fisica all'esercizio della carica.

8. Quietanza rilasciata dal Cassiere Provinciale comprovante il versamento di L. 50 per tassa di concorso.

9. I titoli scientifici e di carriera che crederà utile di produrre descrivendoli in un elenco in due originali, dei quali uno rimarrà unito agli atti e l'altro gli verrà restituito con dichiarazione di ricevuta.

I certificati di cui ai numeri 3, 4, 7 debbono essere di data non anteriore a tre mesi da quella del presente avviso.

È in facoltà dell'Amministrazione Provinciale di sottoporre i concorrenti a visita sanitaria di controllo, da eseguirsi dal Medico Provinciale o dall'Ufficio Sanitario del Capoluogo.

I concorrenti verranno giudicati da apposita Commissione composta secondo quanto dispone l'art. 5 del R. D. 16 gennaio 1927 n. 155.

La detta Commissione, alla quale spetta decidere pure sull'ammissibilità dei concorrenti, formerà la graduatoria di essi e designerà per la nomina i primi tre classificati indicandoli per ordine di merito.

A parità di merito hanno vigore le norme stabilite dall'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923 n. 2073.

Il nominato dovrà assumere servizio entro il termine di giorni 20 dalla ricevuta di partecipazione di nomina, altrimenti si riterrà rinunciatario.

Ciascun concorrente potrà, durante le ore d'ufficio, prendere visione presso la Segreteria Generale della Provincia del Regolamento organico per il Laboratorio di igiene e di profilassi le cui disposizioni si intenderanno conosciute ed accettate dagli interessati, anche nelle loro successive eventuali modificazioni, col solo fatto della partecipazione al concorso, rimanendo in facoltà della Provincia di modificare il detto Regolamento quando e come lo riterrà necessario od opportuno.

Rovigo, 15 maggio 1930 - Anno VIII.

Il Preside: SCARPARI.

S. STINO DI LIVENZA (*Venezia*). — Scad. 15 lug.; 2ª condotta; rivolgersi Segreteria comun.

TARANTO. *Comune*. — 2° oculista; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; età lim. 45 a. Scad. 30 giu.

VENEZIA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Medico ispettore; scad. 10 lug.; L. 21.000 e 4 aumenti decimo, oltre L. 6000 serv. att., L. 10.000 trasferte, mezzo di trasporto gratuito (non però la conduzione); età lim. 40 a.; tassa L. 50.

VERONA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale*. — Medico di Sezione; L. 11.600 e 6 quadrienni di L. 600 e L. 900, oltre L. 2500 serv. att., L. 1970 c.-v. Scad. 15 lug.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Concorso della Federaz. contro la tubercolosi per due lavori scientif.-sociali (Premio L. 10.000).

Il prof. P. Piccinini, che ha già preso tante iniziative in vari campi dell'attività scientifica italiana, ha offerto alla Federazione Nazionale Italiana Fascista di lotta contro la tubercolosi lire diecimila per due lavori, uno scientifico e l'altro sociale sulla tubercolosi.

I due premi sono rispettivamente intitolati: il 1° scientifico « Piccinini Borromeo », L. 5000; il 2° (sociale) « Piccinini-Zoia », L. 5000.

Il presidente, prof. R. Paolucci, su proposta della Commissione giudicatrice, ha scelto i seguenti argomenti:

1) Tema scientifico: « La tubercolosi glandulo-linfatica nella seconda infanzia »;

2) Tema sociale: « Cause della diffusione della tubercolosi nelle campagne e modo di evitarla ».

Per schiarimenti rivolgersi al prof. F. Bocchetti, segr. gen. della Federaz. Naz. It. Fasc. di lotta contro la tubercolosi, via Toscana 12, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

A direttori del Sanatorio di S. Maria della Vita per la cura dei tubercolotici e dell'Ospedale chirurgico di S. Maria di Loreto, in Napoli, sono stati nominati, dal Consiglio di Governo del R. Albergo dei Poveri, in esito a concorsi, i dottori proff. Vittorio de Bonis e Vincenzo Simeoni, entrambi primi graduati nelle rispettive terne.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Firenze.

Una conferenza del P. Prof. Agostino Gemelli.

Promossa da un Comitato di personalità scientifiche, civili, militari, ecclesiastiche, ha avuto luogo il giorno 30 aprile c. a. nell'Aula Magna dell'Ateneo Fiorentino un'interessante conferenza del P. prof. Agostino Gemelli, Magnifico Rettore dell'Università Cattolica del S. Cuore, sul tema « Medicina Missionaria ».

Hanno dato il benvenuto all'illustre conferenziere, a nome della nostra Università il Magnifico Rettore prof. Burci, e a nome del Comitato Promotore il prof. Bindo De Vecchi, il quale ha esaltato la grande opera di civile umanità, di apostolato, d'italianità che compiono i nostri Missionari fino nelle più lontane plaghe del mondo leggendo di poi un telegramma con cui il Santo Padre inviava la benedizione apostolica agli intervenuti.

Il P. Gemelli, con elevata parola, ha quindi svolto l'interessantissimo tema, prospettando ai presenti il duplice aspetto sotto cui appare il problema della medicina missionaria. Infatti esso riguarda da un lato tutte quelle provvidenze medico-igieniche dirette a porre il missionario nelle migliori condizioni fisiche di resistenza personale ai disagi, agli strapazzi, alle insidie che possono derivare dal portarsi e dal vivere in condizioni di ambiente, di clima, di abitudini, di alimentazione così precarie e tanto diverse da quelle dei paesi del mondo civile. Dall'altro esso riflette l'efficace mezzo di propaganda che i presidi medico-terapeutici e igienici, opportunamente e coscientemente applicati, possono rappresentare presso quelle popolazioni ove il missionario si reca a svolgere il suo apostolato.

È infatti ormai dimostrato su basi statistiche di eloquenza incontrovertibile che il missionario abbrevia volontariamente la durata della propria vita, in quanto che l'organismo, sottoposto ai disagi che l'opera missionaria impone, diventa meno resistente e si logora prima dell'epoca normale. Ora, dato che il massimo di mortalità nei missionari si ha nei primi tre anni di esplicazione di questo nobile esercizio, è evidente che ciò dipende dal fatto che coloro i quali vi si dedicano non si trovano sempre in condizioni di difesa sufficiente verso le insidie d'ogni genere che loro tendono i paesi ove si recano, soprattutto per ciò che riguarda le malattie infettive esotiche e i mezzi di prevenirle; ond'è che sotto questo punto di vista non si renderanno mai sufficientemente agguerriti i missionari, come non saranno mai troppi i presidi igienico-terapeutici ai quali si sottoporranno e dei quali dovranno di necessità essere edotti.

Questa necessità è stata tanto sentita dalle Autorità preposte alle Missioni, che oggi coloro che partono per portare altrove la parola della Fede e della Civiltà vengono opportunamente istruiti con corsi speciali di preparazione medica, come si fa ad esempio a Parma, ove i seminaristi, futuri missionari, seguono durante l'estate appositi corsi di medicina, imitando in questo quanto è stato fatto dalle missioni estere e protestanti specialmente olandesi, inglesi, americane.

Ma l'altro aspetto del problema, quello che investe la possibilità di esercitare opera di propaganda e di civilizzazione servendosi dei mezzi igienici, è forse ancora più importante e denota quale parte e quale efficacia possa avere, per accrescere il prestigio di una missione e con essa quello della Nazione ch'essa rappresenta, il formare presso i popoli primitivi una vera coscienza igienico-sanitaria, il renderli edotti dei pericoli delle malattie infettive, il curarli efficacemente dei loro mali.

Naturalmente con questo problema un altro se ne prospetta, ed è quello che si occupa del modo migliore di realizzazione di queste finalità. Il creare insieme nella stessa persona un missionario e un medico, cosa che teoricamente sarebbe l'ideale, mentre importerà naturalmente enormi sacrifici di tempo e di denari, difficilmente ci po-

trà dare un buon medico che sia anche un ottimo missionario, chè più spesso saranno mediocri tutti e due, così che questa idea non è da accarezzarsi troppo. Si potrà invece istruire opportunamente il missionario, dandogli una sommaria ma completa conoscenza di quei presidî igienico-terapeutici e profilattici che lo mettano in grado di svolgere la sua opera con il minor danno personale possibile e con il miglior vantaggio delle popolazioni; questo è appunto attualmente l'indirizzo che si va dando nella creazione del personale delle missioni e che ha dato buoni frutti.

Ma non è chi non veda quale vantaggio potrebbe derivare dall'aversi nelle missioni stesse dei veri medici, utilmente e opportunamente creati e istruiti a questo scopo, senza contare che in quest'opera altamente umanitaria, religiosa, patriottica potrebbero trovare l'esplicazione della loro attività un numero non indifferente di medici che in pratica nel loro paese stentano la vita a causa della pletora professionale.

CANALE.

Da Trieste.

Circolo di Coltura del Sindacato Prov. Fascista medici.

Il giorno 28 marzo 1930, VIII, ad ore 19,30, ebbe luogo il Congresso generale ordinario dell'A.M.T.C.C.S.M.F. Il Congresso ebbe luogo in seconda convocazione in presenza del dott. C. A. Lang segretario del Sindacato Fascista Medici e del prof. A. Marziani presidente dell'Ordine dei Medici.

Presiedeva il dott. Attilio Cofler il quale prima di procedere allo svolgimento dell'ordine del giorno ricordò i soci defunti e fece una relazione dell'attività svolta dall'Associazione, ricordando che l'A.M.T. è diventata Circolo di Cultura del Sindacato Prov. Fascista Medici, per cui essa appare ora perfettamente inquadrata nell'ordinamento culturale voluto dal regime, acquistando così in dignità ed autorità. Questo atto fu integrato dalla riforma dello Statuto e del Regolamento interno.

Il Consiglio direttivo conscio dei nuovi compiti del sodalizio ha cercato di dare uno sviluppo sempre maggiore alla sua attività culturale.

Furono chiamati illustri clinici a tenere delle conferenze ai soci e precisamente i professori Putti, Donati, Vittorio Ascoli, Cavina, Schiassi. Coadiuvati dalla Direzione dell'Ospedale « Regina Elena », è stata aperta una sala di lettura a disposizione dei soci, ornata dalle fotografie dei presidenti, dei soci d'onore e dei conferenzieri ospiti. Infine è stata ripresa la pubblicazione del Bollettino che non usciva più dall'anteguerra. Per stimolare vieppiù l'attività scientifica dei soci furono aperti colla generosa oblazione di un socio anonimo 2 concorsi a premio intitolati al prof. Nicolich, per onorare la memoria dell'illustre concittadino.

L'Associazione partecipò ai principali avvenimenti scientifici e nazionali. Inviò telegrammi al prof. Lustig per il suo XL anno d'insegnamento, al dott. Graziani a Zara per la costituita Associazione Medica Dalmata e al dott. Sticotti per l'inaugurazione del Sanatorio di Aspromonte, al generale Clerici per lo scampato pericolo di S. A. R. il Principe Ereditario.

Prese parte al cordoglio per la morte del prof. Mingazzini delegando il dott. Guido Liebman a proprio rappresentante ai funerali e per la dolorosa perdita del prof. Marina socio d'onore dell'A.M.T. delegando il prof. Luzzatto a rappresentarla.

Durante l'anno trascorso furono tenute 30 adunanze scientifiche.

A.

NOTIZIE DIVERSE.

L'opera scientifica e patriottica della Associazione Idroclimatologica.

L'odierna pubblicazione degli « Atti del XX Congresso Nazionale Idroclimatologico », tenutosi a Spezia lo scorso ottobre, documenta assai bene una delle manifestazioni di attività della « Associazione Italiana d'Idrologia », che raccoglie nelle proprie file uomini di scienza e di fede di ogni parte d'Italia.

Nell'odierno volume di « Atti » figurano importanti contributi dei senatori Gabbi, Nasini, Queirolo, dei proff. Devoto, Casagrandi, Valenti, Marfori, Piccinini, Sgobbo, Ruata, Sabatini, Boveri, Caselli, Cassanello, Sestini, Carreras, Lenci, Pinali, Bezzola, Crispolti, Piccagnoni, Pisani, Gennari, Audenino, Ortali, Vinaj, Ceresole, ecc.; dei dottori Andreoni, Leonardi, Melzi, Muscogiuri, Zonder e di molti altri distinti studiosi.

La compilazione di questo bel volume, pubblicato a spese del prof. P. Piccinini, presidente della Sezione « Italia Settentrionale », è dovuta al prof. C. Gozzi, segretario generale della Associazione Idroclimatologica e redattore capo della Rivista di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica, la quale raccoglie e documenta la produzione scientifica italiana in queste discipline.

Sotto gli auspici della « Associazione Idroclimatologica » vennero recentemente attuate importanti manifestazioni, quali il « Convegno Medico Garda-Trento », la « Giornata Idrologica di Milano » in occasione della Fiera Campionaria, la « Giornata Idrologica di Salice » con inaugurazione del Convalescenziario « Carta del Lavoro ». Ciascuna di tali manifestazioni ha dato motivo a poderose relazioni scientifiche, che hanno avuto eco anche nei più autorevoli giornali politici.

La « Associazione Idroclimatologica », che è stata la prima società scientifica italiana ad inquadrarsi nel « Sindacato Medico Nazionale Fascista », svolge continua operosità fattiva in un campo di studii che, favorendo la valorizzazione dei nostri tesori curativi naturali, ha notevole importanza in rapporto coi grandi problemi nazionali turistici, igienici e sociali.

Sarà tenuto a Rodi nel prossimo settembre, sotto la presidenza onoraria di S. E. il sen. M. Lago, il XXI Congresso Nazionale della benemerita « Associazione Idroclimatologica », la cui fervida attività risponde al binomio: Scienza e Patria.

P. S. — Il volume degli « Atti del XX Congresso Naz. Idroclimatologico », che trovasi in vendita al prezzo di L. 30, sarà inviato gratuitamente franco di porto a coloro che, entro maggio e giugno, ne facciano domanda a « Ufficio Stampa Medica Italiana », via Vallazze, n. 39, Milano.

Un corso di lezioni per Sanitari in Vercelli sulla profilassi immunitaria.

Il Ministero con circolare 11 maggio 1929 circa le vaccinazioni antitubercolari, avvisava le RR. Prefetture di non emettere decreti di autorizzazione trattandosi di prove da eseguirsi sotto la responsabilità dei sanitari, e con circolare 11 maggio 1930 raccomandava alle Prefetture di vigilare per le osservazioni delle norme per l'impiego sull'uomo di sieri e vaccini e di tenere un elenco dei vaccinati per eventuali controlli da parte del Ministero che si riservava di fare accertamenti.

Dato che erano a conoscenza dell'Ufficio Sanitario le varie discussioni fatte all'estero circa i risultati della vaccinazione antitubercolare, e d'altronde essendo necessario per un completo assetto profilattico (assetto raccomandato per l'attuale periodo estivo con circolari ministeriali) che i medici venissero a conoscere le più recenti nozioni di profilassi immunitaria onde integrare le misure che si adottano per impedire la diffusione dei germi morbigeni nell'ambiente, il medico provinciale di Vercelli dott. G. Monti, nell'assemblea generale dei medici condotti dell'8 aprile 1930 prometteva un apposito Corso di conferenze atte al completamento dell'assetto profilattico stesso durante la stagione estiva.

Queste conferenze che la Prefettura con circolare 7380 del 30 aprile annunciava parlando dell'assetto profilattico durante la stagione estiva, vennero definitivamente concordate colla circolare 5 maggio 1930, n. 22382, sotto il titolo di « Lezioni di perfezionamento per sanitari ».

Si ebbe un interessamento speciale da parte della locale Federazione Provinciale Fascista la quale volle che le conferenze si tenessero nella sede di tale Federazione, e sia il Sindacato Fascista dei Sanitari, sia la Sezione dell'Associazione Fascista dei Medici Condotti, sia l'Ordine dei Medici, sia il Consorzio Provinciale Antitubercolare, sia il direttore della Sede Provinciale della Cassa Nazionale per l'Assicurazione Sociale, cooperarono onde concorrere alla preparazione di queste adunanze.

Venne tenuta la prima conferenza dal prof. M. Donati sulla « Tubercolosi chirurgica » davanti a circa 200 medici condotti che intervennero da tutti i Comuni della Provincia anche con speciale organizzazione di mezzi di trasporto.

Seguiranno le conferenze del prof. F. Micheli sul tema: « Nuovi elementi diagnostici e terapeutici della tubercolosi polmonare », del prof. G. B. Allaria sulle « Vaccinazioni preventive nell'infanzia », del prof. E. Zavattari sul tema: « Parassiti animali e patologia umana ».

Queste lezioni, dopo i fatti verificatisi a Lubecca in questi ultimi giorni, hanno veramente un carattere provvidenziale ed è da lodarsi l'intuito del medico provinciale che le ha promosse.

Fatali conseguenze della vaccinazione antitubercolare di Calmette.

Si ha notizia che a Lubecca, su 240 neonati a cui si è somministrato il vaccino di Calmette, si sono avuti 31 casi di tubercolosi sviluppatasi circa otto settimane dopo l'ingestione; 22 ne sono morti. I sintomi, a quanto riferisce il Deycke, che ha sorvegliato personalmente l'esperimento, erano quelli tipici di tubercolosi. I controlli fatti dal Deycke sul vaccino inviato erano stati favorevoli: esso si dimostrò innocuo per le cavie. Dell'inchiesta sul caso è incaricato, da parte dell'Ufficio sanitario statale, il prof. Lange.

Il fatto ha destato, come si comprende, grande impressione ovunque; l'autorità giudiziaria tedesca ha aperto procedimento penale per omicidio in seguito a negligenza. Il Ministro degli Interni, Wirth, ha fatto alcune dichiarazioni in proposito durante una seduta della Commissione del bilancio al Reichstag ed ha disposto, frattanto, che sia sospesa per tutta la Germania l'applicazione del metodo Calmette, di fronte al quale, del resto, l'Ufficio sanitario Federale si era sempre mantenuto molto riservato, ritenendo che fossero necessari altri esperimenti prima di giudicarlo del tutto innocuo.

Va sottolineata la circostanza che, dall'Istituto Pasteur di Parigi, la stessa coltura era stata fornita a varie regioni della Francia — ove servì a vaccinare 373 neonati — nonchè al Messico ed a Riga (Lettonia), senza che siano stati segnalati inconvenienti. D'altra parte una coltura derivata è servita a vaccinare 3016 neonati, senza alcun incidente.

Tutto ciò sembra legittimare l'ipotesi che sia intervenuto un inquinamento oppure uno scambio con colture virulente.

Ulteriori informazioni ci chiariranno senza dubbio la genesi di quel deplorevole infortunio, che sorprende tanto più in quanto che, fra le molte diecine di migliaia di vaccinazioni già praticate in tutto il mondo con questo metodo, non erano mai stati segnalati che rarissimi inconvenienti.

Propaganda per la vaccinazione antitubercolare.

Secondo le recenti disposizioni governative per la propaganda della vaccinazione antitubercolare, il sen. prof. Edoardo Maragliano di Genova ha parlato al Palazzo del Governo di Torino, il 24 maggio, innanzi ad una accolta numerosa di medici condotti, convenuti da ogni parte del Piemonte, sulla vaccinazione preventiva e sugli ottimi risultati fin qui conseguiti.

L'illustre oratore, dopo una brillante dissertazione scientifica, affermò come l'Italia sia decisa di muovere in breccia con tutte le armi di difesa contro il terribile morbo che vi miete tuttora 60.000 creature umane all'anno, ed incitò i medici condotti ad intensificare la loro propaganda specialmente tra i ceti agricoli ed operai. Il senatore Maragliano fu poi applaudito e complimentato dal rappresentante del Governo e dalle autorità mediche e scientifiche presenti.

Il processo Zeileis-Lazarus.

Abbiamo dato notizia del « Mago di Gallspach » e dei metodi da lui seguiti. Lo strano si è che ora lo Zeileis ha citato in tribunale il prof. Lazarus accusandolo di falsità. La prima seduta si è avuta l'8 maggio. Contro l'accusa di falsa diagnosi che lo Zeileis ha fatto sul Lazarus, egli si difende dicendo che quest'ultimo si era presentato a lui come un pittore ed aveva accusato dei sintomi che deponevano per una malattia del midollo spinale. Fiacca difesa che dimostra come la bacchetta magica non entri per nulla nella

diagnosi, la quale verrebbe basata, come accade per tutti i ciarlatani, unicamente sui sintomi, raccolti dallo stesso paziente. Il Lazarus ha fatto un attacco a fondo contro lo Zeileis, accusandolo, di fronte al mondo, di omicidio colposo.

La sentenza non è ancora stata emessa.

La diminuzione delle nascite.

È segnalata, oltre che in Germania, in Inghilterra, dove si sono avuti 16,2 nati per 1000 nel 1929, in confronto di 16,7 nel 1928. Si aggiunga che, nel 1929, in causa dell'epidemia d'influenza e del freddo eccessivo, la mortalità è stata più elevata: 13,4, in confronto di 11,7 nel 1928. Per la coincidenza di questi due fattori, l'aumento di popolazione è stato di 111.000, invece di 222 mila, media degli ultimi 5 anni.

Un fenomeno simile si ha in Italia, però in proporzioni di gran lunga minori. Il numero dei nati è stato di 25,09 per 1000 nel 1929, contro 26,08 nel 1928. Anche in Italia la mortalità è stata più alta nel 1929. In complesso però, da noi l'aumento di popolazione è stato, nel 1929, di 357.000, con una diminuzione di soli 50.000 in confronto dell'anno precedente.

La determinazione dei gruppi sanguigni a scopo medico-legale in Germania.

Il Ministero della Giustizia in Germania ha emanato un'ordinanza, con cui rileva la grande utilità che può portare la determinazione dei gruppi sanguigni per la diagnosi di macchie di sangue e per la ricerca della paternità. In parecchi casi tale determinazione ha fatto raggiungere una certezza, che non si poteva avere altrimenti; non facendo uso di tale procedimento, mancherebbe in alcuni la possibilità di assodare il vero stato di fatto e si renderebbe impossibile il proscioglimento di un innocente accusato a torto.

Per tali ricerche, sono stati indicati il dott. Schiff dell'Ospedale Friedrichshain ed il prof. Schütz dell'Istituto di Igiene, di Berlino.

Le malattie umane e le influenze meteorologiche.

Il Padre Bernardo Paoloni, direttore dell'Osservatorio geofisico di Montecassino, ha tenuto a Venezia al corso di talassoterapia una interessante conferenza sul tema: « La meteorologia nei riguardi della morbosità umana ».

Egli ha esaminato i varii fenomeni meteorologici e si è soffermato specialmente sull'influenza che esercita l'elettricità atmosferica sulla salute e sulle malattie, e specialmente sui nervi, i quali si indeboliscono o riacquistano vigore, a seconda che l'elettricità atmosferica è normale o no. Ha passato poi in rivista le varie malattie, esponendo quello che si sa sui rapporti che la comparsa e il decorso di esse hanno con le condizioni atmosferiche e stagionali. Infine ha rilebato l'alto interesse scientifico e pratico che ha lo studio particolareggiato di questi rapporti e ha annunziato che, avuto riguardo alle circostanze eccezionalmente favorevoli che per il progresso di questi studi presentano il clima del Lido e il materiale clinico raccolto nell'Ospedale a mare, il comm. Garioni, preside della Provincia e commissario prefettizio del detto Ospedale, ha disposto che in questo venga fondato un istituto meteorologico sanitario, sulla base di un programma tecnico elaborato dall'oratore. L'istituto verrà dotato di tutti gli strumenti « ad hoc » e sarà diretto dal prof. Ceresole, già benemerito di questi studi.

Gita medica ai Pirenei.

Avrà luogo sotto il patronato della « Fédération Médicale Thermale et Climatique des Pyrenées » dal 20 giugno al 2 luglio, con partenza da Montpellier; saranno visitate le città medievali di Aigues-Mortes e di Maguelone, Nîmes, La Malou e la celebre Carcassona e saranno attraversati i più bei paesaggi dei Pirenei orientali e centrali. Il viaggio è riservato ai medici e alle loro famiglie; il numero dei posti è limitato. Rivolgersi alla direzione dei « Voyages Médicales aux Pyrenées », La Malou, Hérault, Francia.

Beneficenza.

Il maestro Toscanini ha destinato la somma di L. 100.000 ad aumento di un capitale che già era stato raccolto per costituire una « Fondazione Toscanini » destinata alle cure climatiche dei figli dei dipendenti del Teatro.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Bull. Ac. de Méd., 28 gen. — L. BROUHA e al. Diagn. biolog. di gravid.

Riv. di Pat. e Cl. della Tuberc., 31 gen. — V. MONALDI e al. Meccanica respiratoria. — S. ALOIGI. Terapia stimolante del reticolo endotelio nella tbc.

Arch. di Ortop., IV. — D. MARAGLIANO e A. MUGGIA. Alterazioni endocrine e deformità. — A. G. CHIARELLO. Comportam. del sistema reticolo-istiocitaria nelle fratture. — R. GALEAZZI. Assistenza agli invalidi.

Mediz. Klinik, 7 feb. — H. ULRICI. Il trattam. collassoterapico moderno della tbc. polm.

Rass. Intern. di Clin. e Ter., gen. — C. HIRSCH. Etiol. della scarlattina. — V. M. PALMIERI. Osservazioni clinico-statist. sulle donne che lavorano.

Arch. Amer. de Medic., 1. — L. V. BLANCO e J. NEGROTTI CASSINELLI. Trattam. delle tossicosi del lattante col metodo Power.

Ann. di Ost. e Gin., 31 gen. — P. NATALE. Il solfato di magnesio nella cura dell'eclampsia puerper. — G. ADDESSI. Istogenesi delle cisti vaginali. — L. MOLINENGO. Istopatogenesi dell'endometriosi.

Revue Neurol., gen. — AUSTREGESILO e al. Leucoencefalopatia diffusa. — L. BENEDEK e F. KULCSAR. Riflesso cefalo-cervicale.

Brit. Med. Journ., 8 feb. — C. F. COOMBS. Diagn. e trattam. precoce delle cardiopatie reumatiche.

Presse Méd., 5 feb. — A. GOSSET e al. Calcoli vescicolari intra-murali. — M.-P. WEIL e M. ISELIN. Adenoma tossico tiroideo e suoi rapporti col gozzo esoftalm. — GERNEZ e HO-DAC-DI. Nuova tecnica di gastrostomia.

Zbl. f. Chir., 8 feb. — H. RAHN e M. HAAS. La morte nel Basedow; anestesia locale o narcosi? — H. HILAROWICZ. Resezione gastrica secondo Haberer.

Rivista Terapia Mod. e Med. Prat., Milano, maggio 1930. — Per il libro Medico italiano — Lavori premiati al concorso Rivendicazioni scientifiche ital. — Per la stampa med. ital. — Iconografia Med. Ital. — Notiziario.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 9 Giugno 1930 Num. 23

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI.

Comportamento delle sostanze riducenti volatili del sangue dei diabetici e loro rapporto con la glicemia, la glicosuria e l'acetonuria.

Dott. ANTONIO DI NATALE, assistente vol.

Le sostanze riducenti volatili prese in considerazione nella presente nota sono l'alcool etilico ed i corpi acetonici: acido diacetico od acetacetico, acido β-ossibutirrico, acetone.

ORIGINE DELL'ALCOOL E DEI CORPI ACETONICI NELL'ORGANISMO.

Si ammette generalmente che l'alcool derivi nell'organismo dal metabolismo degli idrati di carbonio. Il glicosio, sia che provenga dalle sostanze alimentari, sia che provenga dalla trasformazione delle proteine o dei grassi, attraverso corpi intermedi (che secondo Embden sarebbero: aldeide glicerica, acido lattico, acido piruvico, acetaldeide; e secondo Neuberg e Dakin aldeide glicerica, metilglioxal, acido lattico, acido piruvico, acetaldeide) può giungere per riduzione dell'acetaldeide ad alcool etilico:

$$\begin{array}{c} CH_3 \\ | \\ COH \end{array} + 2H = \begin{array}{c} CH_3 \\ | \\ CH_2\,OH \end{array}$$

È noto che facendo circolare attraverso il fegato isolato dell'acetaldeide si forma alcool etilico.

Inoltre l'alcool può anche giungere al sangue indipendentemente dalle bevande alcooliche per riassorbimento attraverso il tubo gastroenterico, dove esso si produrrebbe con facilità, per l'azione dei saccaromiceti e di batteri sugli idrati di carbonio.

I *corpi acetonici* sono costituiti, come è noto, dall'acido diacetico, dall'acido β-ossibutirrico e dall'acetone. L'origine di essi ed il meccanismo di loro formazione ha dato luogo ad una serie numerosa di osservazioni e di teorie. Si ammette generalmente che essi sono dei prodotti intermedi normali del metabolismo dei grassi e delle proteine. I grassi ne

rappresentano la sorgente principale: gli acidi grassi che costituiscono i 9/10 del peso totale dei grassi (l'altro 1/10 è dato dalla glicerina) passano per successive trasformazioni ossidative, attraverso l'acido butirrico, alla formazione del chetoacido relativo, che è l'acido diacetico, il quale, secondo l'opinione più diffusa, in massima parte viene ossidato fino a CO_2 e H_2O.

Le sostanze proteiche, attraverso gli amminoacidi in cui vengono scisse (degli aminoacidi alcuni sono cetogeni, altri acetogeni) dànno origine ad acido butirrico e quindi ad acido diacetico, il quale infine, in condizioni normali, passa ad anidride carbonica ed acqua. Tuttavia però anche in queste condizioni una parte dell'acido diacetico, sfuggendo ai processi di ossidazione, può dare origine agli altri corpi acetonici: per decarbossidazione all'acetone, per riduzione all'acido β-ossibutirrico, secondo lo schema seguente:

CH_3	CH_3	CH_3
CO	CO	CH OH
CH_2	CH_3	CH_2
CO OH		CO OH
ac. diacetico	acetone	ac. β-ossibutirrico

Esiste dunque una chetonemia fisiologica di grado minimo, transitorio, e si ammette comunemente che l'urina normale delle 24 ore contenga da 5 a 20 mg. di corpi acetonici; questi si eliminano con l'aria espirata e sopratutto con l'urina.

IMPORTANZA DELL'ALCOOL E DEI CORPI ACETONICI NELL'ECONOMIA DELL'ORGANISMO DIABETICO.

L'alcool si trasforma in massima parte (secondo Atwater 98 % in media) bruciando, in acqua ed anidride carbonica, sviluppando una certa quantità di calore e quindi funzionando da alimento di risparmio; una piccola porzione si elimina nei polmoni, il rimanente passa indecomposto per l'urina.

Le esperienze di Fokker e I. Munk nei cani, durante l'equilibrio di azoto, hanno dimostrato che l'alcool a dose moderata, risparmia il consumo azotato di circa il 6-7 %. Ciò posto, poichè l'alcool è facilmente combustibile e poichè ha spiccata azione antichetogena, come è stato dimostrato da molti AA. (recentemente però Marino ha messo in dubbio l'azione antichetogena dell'alcool), quale importanza si dovrà attribuire alla presenza maggiore o minore di esso nell'organismo diabetico? Ammettendo l'azione antichetonica dell'alcool, si potrebbe pensare che esso, permettendo una migliore utilizzazione dei grassi e delle proteine, rappresenti un mezzo di difesa dell'organismo contro l'acidosi.

Per quanto riguarda i corpi acetonici abbiamo visto come esista un'acetonemia fisiologica di grado minimo transitorio; perchè l'acetonemia aumenti, occorre che nella razione alimentare vi sia deficienza di idrati di carbonio oppure che esista un perturbamento del metabolismo normale degli idrocarbonati, come avviene nel diabete mellito, in cui l'utilizzazione di essi è limitato o addirittura mancante. La ricerca sistematica del contenuto dei corpi acetonici nel sangue dei diabetici può far conoscere il grado dello sconvolgimento metabolico che avviene nelle cellule per disintegrazione dei componenti di natura proteica e grassa; ed inoltre può far conoscere la perdita energetica a cui va soggetto il diabetico, oltre quella degli idrati di carbonio, poichè, come sappiamo, 1 gr. di acido β-ossibutirrico rappresenta circa 4,5 calorie.

Da tutto quanto sopra abbiamo esposto, risulta quale importanza si debba attribuire al comportamento delle sostanze riducenti nel sangue dei diabetici seguìto in relazione al tasso glicemico, per i rapporti che abbiamo visto esistere tra alcool, corpi acetonici e ricambio degli idrati di carbonio.

In questa prima nota, che ha semplicemente uno scopo di orientamento, ho creduto opportuno di studiare le variazioni delle sostanze riducenti volatili nel sangue dei diabetici contemporaneamente alle variazioni della glicemia, glicosuria ed acetonuria, cercando di mettere in evidenza gli eventuali rapporti esistenti tra di loro.

METODO DI DOSAGGIO DELLE SOSTANZE RIDUCENTI VOLATILI DEL SANGUE.

Principio del metodo: si distillano con il riscaldamento l'alcool ed i corpi acetonici contenuti nel sangue, e questi, liberi, agiscono come riduttori sulla soluzione acida di bicromato di potassio; titolando per via iodimetrica la quantità di bicromato rimasta inalterata, si ottiene per differenza, la quantità di bicromato ridotta, da cui, a mezzo di un fattore stabilito empiricamente, si risale alla quantità di sostanze riducenti liberate dal sangue.

Di questa reazione si servì il Widmark per elaborare il suo micrometodo, che fu modificato da S. Baglioni, L. Bracaloni e A. Galamini nel fatto che il prelevamento del sangue invece che ponderalmente avveniva volumetricamente con una pipetta da 0.1 cmc.

L'apparecchio è formato da un matraccino di 50 cmc. con lungo collo, chiuso a tenuta perfetta, con tappo smerigliato. Questo tappo porta uno stelo verticale, terminante ad 1 cm. dal fondo del matraccio con un recipiente entro cui si pone il sangue da esaminare. Un

po' al di sotto della metà dello stelo è saldato un anello di vetro, al quale è assicurata la micro-pipetta tarata da 0.1 cmc.

I reattivi necessari da adoperarsi nella ricerca sono:

1) soluzione n/100 di bicromato di potassio in acido solforico concentrato;

2) soluzione n/200 di tiosolfato sodico;

3) soluzione acquosa al 5 % di ioduro di potassio;

4) soluzione recente all'1 % di amido.

Esecuzione del dosaggio. In ogni matraccino è misurato 1 cmc. di soluzione n/100 di bicromato di potassio impiegando una microburetta graduata all'1 %, facendo attenzione a non bagnare con la soluzione il collo del matraccino. Ogni matraccino viene chiuso con il proprio tappo a smeriglio e posto al riparo della luce. Intercalati a questi prelevamenti si eseguono, adoperando la stessa quantità di bicromato, due o tre determinazioni per stabilire il titolo della soluzione n/200 di tiosolfato sodico (saggio a). Si procede quindi alla presa del sangue. Dopo un'accurata pulizia delle mani, si punge il polpastrello e si aspira il sangue con la micropipetta (a cui s'innesta per comodità un sottile tubo di gomma) sino al segno del volume. Si toglie allora il tappo del matraccino e si vuota lentamente la micropipetta nel fondo del piccolo recipiente collettore. Appena svuotata, la micropipetta s'introduce nell'anello di sostegno e si chiude rapidamente il matraccino. Sull'orlo di chiusura si pone una piccola goccia di acido solforico concentrato, che penetrando per capillarità, rende più sicura la tenuta del matraccino.

Eguale procedimento si ripete per gli altri prelevamenti.

I matraccini sono ora pronti per la distillazione, la quale si opera tenendoli immersi per 2 ore in b. m. a 55-60°. In tal modo le sostanze riducenti volatili contenute nel sangue vengono scacciate ed assorbite dalla sottostante soluzione solforica di bicromato di potassio a carico della quale si esercita l'azione riducente.

Contemporaneamente si porranno a b. m. dei matraccini con bicromato, ma senza sangue per controllare il potere riducente delle soluzioni, cioè la possibile riduzione della soluzione di bicromato di potassio durante il riscaldamento a b. m. operata da sostanze estranee all'alcool (saggio b).

La quantità di soluzione di bicromato rimasta inalterata si determina nel modo seguente: nel matraccino, liberato dal tappo, s'introducono 20 cmc. di acqua, e si fa raffreddare in acqua corrente. Si aggiunge 0,5 cmc. di soluzione al 5 % di ioduro di potassio e si titola rapidamente con soluzione n/200 di tiosolfato sodico misurata con microburetta, adoperando come indicatore la salda d'amido (3-4 gocce) (saggio c).

Il calcolo si fa applicando la formula:

$$\frac{b-c}{a} 1,13 = \text{alcool } ‰$$

Le osservazioni fatte riguardano dieci diabetici ricoverati nella clinica medica.

Per il prelevamento del sangue gli ammalati erano tenuti digiuni dalla sera precedente; per ognuno di essi ho eseguito diversi esami a distanza di due, quattro giorni l'uno dall'altro. Il sangue per il dosaggio delle sostanze riducenti, determinato con il micrometodo suaccennato si prelevava contemporaneamente a quello necessario per la glicemia che veniva dosata con il secondo metodo di Bang. Per la tecnica di questo metodo rimando al recente lavoro di S. Marino, pubblicato in « I problemi della nutrizione », n. 1-2, anno 1926, in cui è stato dettagliatamente descritto.

CASO I.

	Glicemia	Glicosuria	Diaceturia	Acetonuria	Sostanze riducenti in peso
a)	1,32 ‰	6,60 ‰	ass.	ass.	0,150 ‰
b)	1,64 ‰	4,50 ‰	ass.	ass.	0,505 ‰
c)	1,14 ‰	ass.	ass.	ass.	0,340 ‰
d)	1,32 ‰	3 ‰	ass.	ass.	0,128 ‰
e)	2,03 ‰	5 ‰	ass.	ass.	0,206 ‰
f)	0,92 ‰	ass.	ass.	ass.	0,087 ‰

CASO II.

	Glicemia	Glicosuria	Diaceturia	Acetonuria	Sostanze riducenti in peso
a)	1,96 ‰	62,50 ‰	ass.	ass.	0,374 ‰
b)	1,89 ‰	58,52 ‰	ass.	ass.	0,136 ‰
c)	2.07 ‰	62,50 ‰	ass.	tracce	0,104 ‰
d)	2,14 ‰	50 ‰	ass.	tracce	0,146 ‰
e)	2,17 ‰	55,50 ‰	ass.	ass.	0,285 ‰

CASO III.

	Glicemia	Glicosuria	Diaceturia	Acetonuria	Sostanze riducenti in peso
a)	2,07 ‰	50 ‰	ass.	ass.	0,194 ‰
b)	1,92 ‰	19,23 ‰	ass.	ass.	0,249 ‰
c)	2,17 ‰	33 ‰	ass.	ass.	0,329 ‰
d)	2,17 ‰	35,71 ‰	ass.	ass.	0,336 ‰
e)	1,87 ‰	21,50 ‰	ass.	ass.	0,146 ‰

CASO IV.

	Glicemia	Glicosuria	Diaceturia	Acetonuria	Sostanze riducenti in peso
a)	—	58,80 ‰	ass.	ass.	0,161 ‰
b)	2,71 ‰	33,55 ‰	ass.	ass.	0,122 ‰
c)	2,67 ‰	66 ‰	ass.	ass.	0,335 ‰
d)	2,21 ‰	33,33 ‰	ass.	ass.	0,331 ‰
e)	2,57 ‰	55,55 ‰	ass.	ass.	0,155 ‰

CASO V.

	Glicemia	Glicosuria	Diaceturia	Acetonuria	Sostanze riducenti in peso
a)	2,20 ‰	40 ‰	ass.	tracce	0,308 ‰
b)	—	27,77 ‰	ass.	tracce	0,113 ‰
c)	2,42 ‰	40 ‰	ass.	tracce	0,143 ‰
d)	2,46 ‰	58,82 ‰	ass.	tracce	0,133 ‰
e)	2,71 ‰	60 ‰	ass.	tracce	0,540 ‰
f)	1,91 ‰	32 ‰	ass.	ass.	0,239 ‰

	Glicemia	Glicosuria	Diaceturia	Acetonuria	Sostanze riducenti in peso
			CASO VI.		
a)	2,67 ‰	50 ‰	ass.	tracce	0,158 ‰
b)	2,21 ‰	13,35 ‰	ass.	ass.	0,0439 ‰
c)	2,31 ‰	12,50 ‰	ass.	tracce	0,0914 ‰
d)	2,25 ‰	22,20 ‰	ass.	ass.	0,0828 ‰
e)	2,17 ‰	9 ‰	ass.	ass.	0,0752 ‰
			CASO VII.		
a)	0,93 ‰	ass.	ass.	ass.	0,0683 ‰
b)	1,05 ‰	ass.	ass.	ass.	0,0688 ‰
c)	0,98 ‰	ass.	ass.	ass.	0,0600 ‰
d)	1,10 ‰	tracce	ass.	ass.	0,0776 ‰
e)	1,12 ‰	2 ‰	ass.	ass.	0,0870 ‰
			CASO VIII.		
a)	2,34 ‰	35,50 ‰	ass.	ass.	0,325 ‰
b)	2,40 ‰	43 ‰	tracce	tracce	0,436 ‰
c)	1,89 ‰	28 ‰	ass.	ass.	0,164 ‰
d)	1,92 ‰	33 ‰	ass.	ass.	0,200 ‰
e)	2 ‰	46,50 ‰	ass.	tracce	0,228 ‰
			CASO IX.		
a)	2,71 ‰	60,30 ‰	ass.	ass.	0,159 ‰
b)	2,53 ‰	52 ‰	ass.	ass.	0,145 ‰
c)	1,98 ‰	50 ‰	ass.	ass.	0,092 ‰
d)	1,48 ‰	22 ‰	ass.	ass.	0,077 ‰
e)	1,87 ‰	38 ‰	ass.	ass.	0,104 ‰
			CASO X.		
a)	2,15 ‰	43 ‰	tracce	tracce	0,504 ‰
b)	1,46 ‰	10,50 ‰	ass.	ass.	0,122 ‰
c)	1,83 ‰	30 ‰	ass.	ass.	0,124 ‰
d)	1,98 ‰	26 ‰	tracce	tracce	0,363 ‰
e)	1,70 ‰	23 ‰	ass.	ass.	0,109 ‰

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI.

Dal complesso dei risultati appare in modo evidente che i valori delle sostanze riducenti volatili presenti nel sangue dei diabetici superano quelli normali.

Dalle ricerche di Galamini e Bracaloni risulta che in condizioni normali il valore di dette sostanze oscilla tra un minimo di 0,011 ‰ ed un massimo di 0,070 ‰, con valori medi di 0,024 ‰, 0,049 ‰, come io stesso ho potuto confermare in una serie di osservazioni preliminari in soggetti normali.

Soffermandoci a considerare i singoli casi troviamo che nel caso primo i valori delle sostanze riducenti oscillano tra un massimo di 0,531 ‰ ed un minimo di 0,092 ‰ con una media di 0,236 ‰, superiore di circa 200 mgr. alla media normale. Nessun rapporto sembra esistere tra esse e la glicemia e la glicosuria. In questo caso nelle urine non sono stati mai riscontrati i corpi acetonici.

Nei casi 2, 3, 4, 5, 8, 9, in cui la glicemia è stata molto alta ed in cui lo zucchero delle urine ha raggiunto cifre elevate con un massimo del 66 ‰, le sostanze riducenti sono state, relativamente al caso precedente, meno alte, raggiungendo una media di 0,231 ‰.

La presenza di acetone nelle urine in alcune osservazioni di questi casi non ha influenzato il valore delle sostanze riducenti; solo nel n. 8 (osservazione c) all'aumento della glicemia, ed alla presenza di ac. diacetico ed acetone nelle urine, ha corrisposto un netto aumento delle sostanze riducenti volatili.

Nei casi 6 e 7 però i valori delle sostanze riducenti non presentano variazioni degne di nota, i loro valori si avvicinano al normale, nonostante che, specie nel n. 6, la glicemia sia alta e nelle urine si siano riscontrate tracce di acetone.

Nel caso 10, come nei due casi precedenti, sembra esistere un rapporto diretto fra sostanze riducenti, glicemia ed acetonuria, nel senso che all'aumento di queste corrisponde un aumento delle sostanze riducenti.

Sono così riassunti i risultati delle mie ricerche, che si possono dividere in due gruppi fondamentali: in un primo gruppo (3 casi), l'aumentato valore delle sostanze riducenti volatili pare sia in rapporto con il contenuto in corpi acetonici delle urine, mentre in un secondo gruppo (7 casi) esso non è in rapporto nè con la glicemia nè con l'acetonuria. In nessun caso il valore delle sostanze riducenti è stato proporzionale alla glicosuria.

BIBLIOGRAFIA.

ALBERTONI. *Sulla formazione e sul contegno dell'alcool e dell'aldeide nell'organismo.* Tip. Gamberini e Parmeggiani, 1887, Bologna.

BRACALONI L.-GALAMINI A. *Rendiconti della R. Accademia Nazionale dei Lincei.* Vol. IV, serie 6ª, 2° sem., fasc. 12, 1926; vol. V, serie 6ª, 1° sem., fasc. 1, 1927.

M. H. FORD. Journ. of the Elliot Soc. of Nat., Hist I, p. 43, Charleston, 1859.

E. GABBE. *Ueber den Gehalt des Blutes an Alkohol intravenöser Jnjection desselben beim Menschen.* Deut. Archiv. f. klin. Medizin, Bd. 122, S. 81, 1917.

GRÉHANT. *Mesure de la quantité de l'alcool contenu dans le sang artériel pendant l'ivresse alcoolique.* Gaz. Méd. de Paris, 1881, n. 49.

LANDESBERG. *Ueber den alkoholgehalt tierischen Organe.* Zeitschr. f. Physiol. Chem., 41, Heft 6, 1904.

S. MARINO-L. CANNAVÒ. *Contributo allo studio dell'acidosi diabetica con particolare riguardo alla influenza della dieta.* I problemi della nutrizione, n. 5-6, 1926.

M. NICLOUX. *Semplification de la méthode de dosage de l'alcool dans le sang et dans les times.* Compt. Rend. d. Soc. Biol., 1, 1906, pag. 1034.

WIDMARK. *Eine Mikromethode zur Bestimmung von Athylalkohol im Blut.* Bioch. Zeitschr., Bd. 131, Heft 516, S. 475, 1922.

BRACALONI-GALAMINI. *Modificazione al micrometodo di Widmark per il dosaggio dell'alcool nel sangue.* Arch. di farmacologia e scienze affini, 1928.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DIAGNOSTICO DI REGGIO CALABRIA

La leishmaniosi interna negli adulti in Italia.

Note epidemiologiche e cliniche

per il dott. PIETRO TIMPANO.

Le osservazioni che si sono fatte in Italia da circa un ventennio sulla leishmaniosi interna hanno sempre più confermato l'opinione espressa dal Gabbi nel 1909 che anche nei paesi nel bacino del Mediterraneo la leishmaniosi può colpire gli adulti, e che i criteri sui quali si era voluto fondare la distinzione fra *leishmania Donovani* e *leishmania infantum,* ossia i criteri morfologici e culturali del parassita, il criterio della differente azione patogena negli animali, della differente sintomatologia, del differente reperto anatomo-patologico, e finalmente il criterio fondamentale dell'età, si devono considerare ormai sorpassati.

Anche il Nicolle, dopo avere osservato in Tunisi i primi casi di leishmaniosi, ebbe a scrivere: « sappiamo che oggi in Tunisi il cala-azar può colpire bambini di 3-4 anni compiuti. È probabile che un prossimo avvenire ci dimostrerà dei casi negli adolescenti e negli adulti. Non vi sarà allora nessuna differenza fra le infezioni che noi osserviamo nella Reggenza e la malattia indiana ».

In Italia, e sopratutto nel Mezzogiorno, la leishmaniosi interna colpisce gli individui di tutte le età, sebbene anche da noi i bambini siano i più recettivi.

Il primo caso di leishmaniosi in adulti fu osservato dal Gabbi in Sicilia nel 1909 in un giovane di 18 anni. Successivamente lo Spagnolio osservò un altro a Messina in un individuo di 34 anni (1910).

Fulci e Basile riscontrarono un caso a Fiumicino in un giovane di 19 anni (1911). Il Marcialis ebbe occasione di osservare due casi in Sardegna, uno in un giovane di 17 anni e un altro in un giovane di 19 anni (1928).

Il Pontano descrisse un importantissimo caso autoctono in un individuo di 52 anni da Roseto (Teramo) (1929).

Il Franchini e il Giordano comunicarono alla Società Medico-chirurgica della Romagna un caso in un individuo di 22 anni nativo di Fano (1930).

Fra i numerosi casi di leishmanosi interna che ho potuto osservare dal 1908 a oggi, tutti accertati con la splenopuntura, parecchi riguardano individui adulti. Non parlo dei casi di individui di 9, 12, 14 anni, che nel Mezzogiorno d'Italia sono piuttosto frequenti. (Il Lacava descrisse alcuni fin dal 1913 ed altri ebbe occasione di osservare in Sicilia il Cannata). Desidero accennare, invece, a quelli di individui di età superiore. Nel maggio del 1924 osservai il caso di una donna di 23 anni: M. Annunziata di S. Lorenzo (Reggio Calabria). Nel novembre del 1929 un caso di un giovane di 18 anni: V. Giovanni da Palizzi Marina (Reggio Cal.). Nel maggio 1928 un caso di un giovane di 16 anni: R. Domenico da S. Alessio (Reggio Cal.). Nel gennaio del 1929 il caso di un contadino di 23 anni: V. Domenico da Bova Marina (Reggio Cal.). Quest'ultimo complicato da malaria.

Considerando, dunque, i casi di bambini, adolescenti e adulti colpiti dalla leishmaniosi interna in Italia e specialmente nelle provincie meridionali, è lecito riaffermare la conclusione a cui erano giunti da noi parecchi cultori di malattie esotiche, che, cioè, *la leishmaniosi in Italia può colpire individui di tutte le età e che nessuna differenza esiste fra leishmania Donovani e leishmania infantum.*

Del resto è ormai accertato che anche nell'India, nel Sudan, nella Cina, nella Grecia, nella Spagna, nella Tripolitania ecc., la leishmaniosi interna può colpire individui di tutte le età, e se in alcune regioni preferisce i bambini e in altre gli adulti, ciò non toglie nulla alla verità del fatto, ma vuol significare invece che esistono ragioni di vita e d'ambiente che rendono maggiormente recettivi ora i bambini, ora gli adulti. Altrettanto avviene per la leishmaniosi esterna, che da noi è pure diffusa e si constata specialmente laddove il Kala-azar è endemico.

La maggior parte dei casi di leishmaniosi in individui di 14 fino a 32 anni, che ho avuto occasione di osservare, sono stati da me seguiti per tutto il decorso della malattia. Credo che non sia privo d'interesse notare il comportamento di questi casi rispetto alla cura col *tartrato di potassio* e *antimonio,* con l'*antimosan* (contenente il 12.5 % di antimonio trivalente), col *tartrato di sodio* e *antimonio* e colle *iniezioni antimoniali* Zambeletti. Sono state necessarie dosi di 25-30 ctgr. dei preparati antimoniali a base di potassio e sodio e protratte più del consueto, per poter vincere l'infezione. Col tartrato di potassio e antimonio a dosi di 20-25 ctgr. ho constatato spesso gravi fenomeni d'intolleranza: senso di bruciore alla gola, tosse stizzosa, vomiti, raffreddamento delle estremità, pallore, polso debole, albuminuria. Però tali disturbi avevano, di solito, breve durata. Coll'antimosan a dosi

elevate ebbi a notare quasi i medesimi disturbi. Col tartrato di sodio e antimonio, somministrato a dosi di 25-30 ctgr., si verificavano meno frequentemente e solo in qualche caso assumevano l'intensità di quelli or ora descritti. Le iniezioni antimoniali, che contengono fosfoantimoniato di soda, venivano tollerate meglio dei preparati antimoniali a base di potassio, ma si doveva, perchè riuscissero efficaci, superare le dosi ordinarie.

Nei bambini, invece, la tolleranza verso i preparati antimoniali è, tenuto conto dell'età e delle dosi, maggiore che negli adulti. In pratica, del resto, non è difficile osservare che determinate sostanze vengono meglio tollerate dai bambini che dagli adulti. Ciò è dovuto, forse, al particolare stato fisico-chimico del sangue o alla particolare sensibilità dei complessi fenomeni reattivi.

Nel caso di V. Domenico, complicato colla malaria, la resistenza verso i preparati antimoniali è stata assoluta nel primo periodo di cura. La splenopuntura, praticata due volte a distanza di tre mesi, ha dato sempre esito positivo per le leishmanie. In seguito è stato fatto l'esame del sangue periferico, che ha dimostrato l'esistenza di parassiti della terzana estivo-autunnale. Si è dovuto sospendere la cura antimoniale e sottoporre il paziente ad una intensa cura antimalarica coi sali di chinino e coi preparati arsenicali e poi riprenderla col tartrato di sodio e antimonio. La febbre, che con la cura di chinino-arsenicale era discesa a 37,2-37,7 andò via via scomparendo. Mentre trovavasi in piena convalescenza fu colpito da polmonite, che in pochi giorni lo trasse alla tomba.

In questo caso la malaria, non solo non ha funzionato da antigeno, ma pare abbia ostacolato l'azione parassiticida del tartrato di sodio e antimonio.

La tolleranza verso questo rimedio è stata, anche nel caso in discussione, discreta. Dopo l'iniezione endovenosa di gr. 0,20, il paziente diventava pallido, aveva sudori e vomito e le urine contenevano tracce di albumina senza elementi renali.

Invece ho potuto osservare due casi di leishmaniosi interna in due bambini, uno di anni: L. Mafrica di Bova M., complicato da poliomielite a. a., sopravvenuta durante il decorso del Kala-azar, e uno di 3 anni: D. Larizza di Bova M., affetto da sifilide ereditaria: nel primo caso si è avuta la guarigione spontanea del Kala-azar; nel secondo si è avuto la guarigione in seguito alla cura antimoniale, ma è accaduto che mentre la milza si era ridotta completamente ed era finita la febbre, il fegato, dopo la scomparsa dell'infezione da leishmaniosi, aumentò progressivamente di volume, assumendo la forma di lingua di bue, a superficie e margini irregolari e indolente alla pressione. La cura antiluetica ha portato notevole miglioramento e tuttavia viene continuata.

Nei due casi accennati, la poliomielite a. a. e la sifilide non avevano affatto ostacolato la guarigione della leishmaniosi. Nel 1° caso, anzi, il virus della poliomielite sembra che avesse servito da antigeno e facilitata la guarigione spontanea.

La terapia della leishmaniosi interna col tartrato di potassio e antimonio, è, come si è detto, meglio tollerata dai bambini che dagli adulti. In questi le alte dosi di tartaro stibiato provocano spesso intensi fenomeni reattivi, mentre le alte dosi di tartrato di sodio e antimonio vengono meglio sopportate. Anche le *Iniezioni antimoniali* di Zambeletti, sono meglio tollerate del tartaro stibiato.

Questa constatazione non ci autorizza a stabilire delle norme terapeutiche fisse. Io credo che nella tolleranza di certi rimedi, oltre allo stato fisico-chimico del sangue, abbia importanza lo stato del sistema nervoso vegetativo. Si sa che il K. rallenta la leucocitosi e stimola il vago. Nei vagotonici, per conseguenza, la terapia antimoniale a base di K. darebbe più facilmente luogo a sudori, a bradicardia, a salivazione, a vertigini, ecc. La vagotonia, quando esiste, è, in generale, più accentuata negli adulti che nei bambini, e forse anche da ciò dipende che i primi tollerano meno bene il tartrato di potassio e antimonio. Nei simpaticotonici, invece, la terapia col tartrato di potassio e antimonio troverebbe più opportuna indicazione.

RIASSUNTO.

L'A. riconferma, con nuovi casi, l'opinione già espressa da vari cultori di malattie dei paesi caldi, che la leishmaniosi interna colpisce in Italia anche gli adulti, e che non v'è più alcuna ragione che possa giustificare una differenza tra la *leishmania Donovani* e la *leishmania infantum*. Riguardo alla terapia, l'a. è di parere che negli adulti vi è maggiore resistenza che nei bambini ai diversi preparati antimoniali, e che i bambini tollerano meglio degli adulti tali rimedi. Ciò sembra dovuto al particolare stato fisico-chimico del sangue ed alla particolare sensibilità dei complessi fenomeni reattivi. I preparati antimoniali a base di *sodio* sono, in generale, meglio tollerati dei preparati antimoniali a base di *potassio*, tanto dagli adulti che dai bambini.

Marzo, 1930.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Patologia Medica della R. Università di Modena.
Direttore: Prof. L. VANNI (†)

Costa cervicale determinante neurite del frenico destro

pel dott. I. GAZZOTTI, aiuto.

I reperti anatomici e radiografici dimostrano che la presenza di coste cervicali è fatto relativamente frequente. Secondo le statistiche della Clinica Mayo la percentuale di tale anomalia sarebbe del 0,56 % (riferita da Torraca), mentre Southam e Bythell del Royal Manchester Hospital danno una percentuale del 0,45 %; il Perona infine, ne denuncia una maggiore frequenza, e cioè 0,90%. La anomalia che si riscontra con maggior frequenza nel sesso femminile, spesso è assolutamente muta per sintomatologia, e rimane ignota fino a che viene accidentalmente rilevata, e solo nella piccola percentuale di circa il 10 % dei soggetti in cui esiste, determina lo stabilirsi di una sintomatologia ad essa imputabile. Torraca che ha raccolto nella bibliografia 157 casi, fa notare che tra questi solo 25 erano rimasti sintomatologicamente muti, ma egli osserva che ciò non può aver valore di sorta poichè nella grande maggioranza vengono pubblicate solo le osservazioni che si riferiscono a coste cervicali determinanti colla loro presenza disturbi di qualche entità. I disturbi provocati dalle coste cervicali, nella scarsa percentuale preindicata tra i portatori della anomalia, si iniziano prevalentemente nella età giovanile e nella prima maturità: in scarso numero nell'infanzia e nell'età avanzata, e dalle varie statistiche risulta che è tra i 20 ed i 40 anni che più spesso si rendono manifesti i sintomi soggettivi ed obiettivi dipendenti da tale anomalia. Ciò si è cercato di spiegare in vario modo, sia riferendosi alle possibili nuove relazioni anatomiche dipendenti dal processo di ossificazione che si completa tra il 16° ed il 26° anno, sia riferendosi all'abbassamento del cingolo scapolare che è proprio della media età, ed in fine si è posta in causa la ipotrofia muscolare dell'età avanzata e la inflessione in avanti che in tale periodo subisce la colonna vertebrale, provocando in tal modo lo spostamento della costa cervicale a danno degli elementi vascolari e nervosi della regione sopra e sotto clavicolare. In qualche rara osservazione sono stati messi in evidenza quali fattori determinanti infezioni ed intossicazioni. Un elemento a cui non può essere negata importanza, è il trauma: sia immediato e diretto sulla costa cervicale, sul collo e sulla spalla, sia mediato e continuativo sugli elementi anatomici della regione (pesi, cinghie di gerle, bretelle di fucili, ecc.).

Vi è anche chi ha pensato che il ritardo nella comparsa della sintomatologia dipendente dalla costa cervicale sia legato al tardivo stabilirsi di lesioni osteitiche a carico della costa cervicale stessa; ed a tale proposito è da notare che a carico delle coste cervicali sono stati constatati tumori, esostosi, fratture. Come è più facile osservare la costa cervicale nella donna, così più frequentemente nella donna se ne hanno le manifestazioni sintomatologiche. La anomalia è più spesso bilaterale che monolaterale, e a seconda delle statistiche sarebbe monolaterale solo circa nel 10 % dei casi.

Per quanto si riferisce allo sviluppo della costa cervicale occorre ricordare che ciascuna vertebra si origina individualmente per tre punti primitivi di ossificazione a cui possono aggiungersi anche vari punti complementari. I punti primitivi sono il mediano, che secondo Serres potrebbe anche essere doppio, ed i due laterali. I punti complementari sono d'ordinario cinque, ma nella regione cervicale essi sono ridotti a due: però fa eccezione la 7ª vertebra cervicale che presenta costantemente un terzo punto complementare situato alla base ed alla parte anteriore della apofisi trasversa; esso compare al 6° mese di vita fetale, e d'ordinario si salda colla massa dalla apofisi trasversa durante il 6° anno, esso corrisponde alla serie di quelli da cui si sviluppano le coste, nelle vertebre dorsali, e merita perciò il nome di punto costale (Sperino). Tale punto sviluppandosi oltre misura e conservando la propria indipendenza da origine alla 7ª costa cervicale. Anche la 6ª vertebra, e secondo Hyrtl, anche la 5ª e la 4ª, possono presentare un punto costale analogo. Le classificazioni di questa anomalia sono basate sui dati anatomici raccolti alla necroscopia, al tavolo operatorio ed all'esame radiografico. Gruber, Blanchard, Luschka, Riesman, Ombrédanne, Pierre-Marie, Crouzon, Dalla Vedova, Scalone, Sainton, Leri, hanno proposto classificazioni a carattere anatomico ed embriologico di cui riporto le più importanti.

Classificazione di Luschka:

1) coste che raggiungono l'apice delle apofisi trasverse;

2) coste che sorpassano l'apice delle apofisi trasverse senza raggiungere lo sterno e terminano liberamente, e sono unite alla prima costa toracica da un cordone fibroso, da una articolazione o da un ponte osseo;

3) coste che raggiungono il manubrio dello sterno.

Classificazione di Dalla Vedova:

1) coste cervicali che non sporgono lateralmente dal processo vertebrale (*a*);

2) coste cervicali che sporgono lateralmente dal processo vertebrale e terminano libere (*b*), o continuano con un ponte osseo, osteo-cartilagineo, o fibroso, e si uniscono alla 1ª costa nel corpo (*c*), nella cartilagine (*d*), o collo sterno (*e*).

Classificazione di Blanchard:

1) coste che dalla 7ª vertebra cervicale arrivano allo sterno;

2) coste a terminazione cartilaginea che si fonde colla cartilagine della 1ª costa:

3) coste che hanno i capi mediale e periferico ossei uniti da un ponte fibroso;

4) coste costituite solo dai capi sternale e vertebrale senza continuità di tessuti;

5) coste ad unico moncone posteriore.

Classificazione di Gruber:

1) coste che non superano l'apofisi trasversa;

2) coste che sorpassano l'apice dell'apofisi trasversa costituite da un corpo più o meno sviluppato a terminazione libera, od unito alla 1ª costa toracica nel tratto osseo di essa;

3) coste che raggiungono la cartilagine della 1ª costa toracica;

4) coste che si portano fino al manubrio dello sterno.

In contrapposto a queste classificazioni anatomiche Staffieri propone una classificazione clinica che egli ritiene preferibile alle precedenti dal punto di vista pratico e didattico perchè le condizioni anatomiche non determinano in ogni caso un quadro clinico fisso ad esse corrispondente. Egli ci presenta i seguenti gruppi o tipi clinici:

1° gruppo: forme asintomatiche in cui la anomalia non dà di sè alcun segno e la sua scoperta è accidentale;

2° gruppo: la cui sintomatologia è in modo esclusivo od almeno preponderante a tipo nervoso (comprenderebbe il maggior numero dei casi osservati);

3° gruppo: il sintoma obiettivo più evidente è il tumore unilaterale o bilaterale della fossa sopraclavicolare;

4° gruppo: comprende i casi relativamente numerosi in cui la sintomatologia vascolare è predominante; può essere diviso in due sottogruppi a seconda del maggior interessamento del sistema arterioso o venoso;

5° gruppo: in esso sono da includere tutti i casi a sintomatologia poco frequente ed a spiegazione patogenetica oscura (accessi dispnoici, crisi tachicardiche, dolori toracici, spasmi diaframmatici, disfagia, sintomi oculari, ecc.).

A detta dello stesso autore, questa classificazione pure essendo schematica ed artificiale si accorda col fatto che la maggior parte dei malati presenta « il predominio netto di un sintoma o di un gruppo di sintomi ».

Il quadro sintomatologico può essere dipendente da fatti patologici riferibili alla costa cervicale per se stessa (infiammazioni, tumori, esostosi, fratture), od invece alle alterazioni dei rapporti normali degli elementi anatomici della regione, dipendenti dalla costa stessa e determinanti lesioni più o meno gravi.

La sintomatologia soggettiva può essere non molto netta, a tipo di dolenzia vaga senza topografia precisa; ma nella maggior parte dei casi sono i disturbi soggettivi che colla loro continuità e gravità costringono il paziente a ricorrere al medico. Formicolii, senso di debolezza dell'arto corrispondente alla anomalia, iperestesie, ipoestesie, od anestesie a tipo radicolare, sono frequenti e resistono in genere ad ogni trattamento. Nel campo della motilità dalla leggera difficoltà motoria si può giungere a veri fatti di paralisi (caso Torraca e Leri-Peron). Non infrequenti le lesioni amiotrofiche in rapporto alle paresi e paralisi predette, localizzate primitivamente con particolare frequenza ai muscoli della eminenza tenare, e successivamente ai muscoli della mano ed in qualche caso a quelli dell'avambraccio (epitrocleari). I riflessi risultano generalmente di ridotta intensità ed alla eccitabilità elettrica con frequenza si ha parziale reazione degenerativa. I vasi venosi ed arteriosi possono subire per pressione o stiramento diminuzione del loro calibro, e da ciò derivano disturbi circolatori che dal semplice raffreddamento o da lieve ipertermia possono giungere fino alla scomparsa del polso radiale, ed omerale, alla formazione di aneurismi, a trombosi di varia estensione. Sarebbero più frequenti le alterazioni del circolo arterioso che non quelle del circolo venoso. La anomalia scheletrica in parola può anche dar luogo allo stabilirsi di sindromi a distanza o generalizzate, come quella di Bernard-Horner, (pei rapporti tra simpatico cervicale e 6ª e 7ª radice cervicale), a disturbi per compressione del ricorrente a disturbi per compressione del frenico. Come dipendenti da questa anomalia sono stati anche descritti accessi asmatiformi.

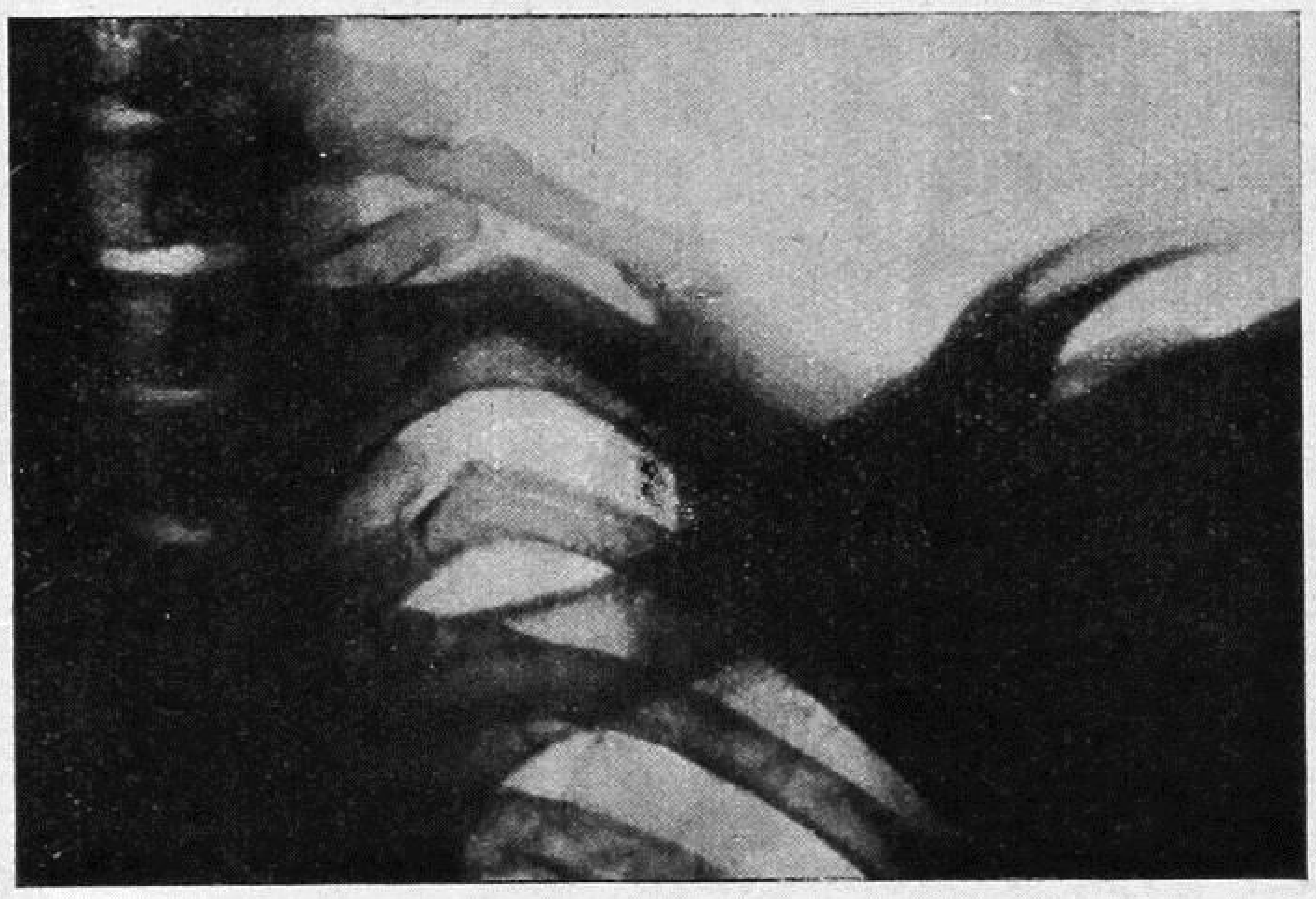
L'esame obbiettivo della regione sopraclavicolare e della base del collo, può permettere

di apprezzare alla ispezione, e più spesso alla palpazione, la esistenza di un tumore di vario volume, di consistenza dura, più o meno profondo; ma spesso nulla si rileva coll'esame obbiettivo, e solo la radiografia permette la diagnosi. Nella regione in esame possono essere evidenti pulsazioni anomale, e colla pressione si possono risvegliare od accentuare sensazioni dolorose locali, o diffuse al collo, al braccio ed al torace. Ciò è frequente quando la costa cervicale raggiunge una certa lunghezza e volume e viene a superficializzare gli elementi vascolari e nervosi che in tal modo restano tesi fortemente come le corde di un violino sul proprio cavalletto (Ombredanne). Fra le più rare manifestazioni patologiche della costa cervicale sono quelle a carico del nervo frenico: ed infatti unico caso riferito è quello di Church (*Jour. of Am. Med. Ass.*, 5 maggio 1919) che descrive una paralisi unilaterale del frenico dipendente da presenza di costa cervicale. Credo pertanto opportuno riferire i dati dell'anamnesi e dell'esame obbiettivo di un paziente capitato alla mia osservazione, e presentante fenomeni di neurite del nervo fernico destro, evidentemente legati alla presenza di una voluminosa costa cervicale dello stesso lato.

C. Modesto, contadino, di anni 46, da Montale Il padre è morto in tarda età per forma imprecisabile, la madre è morta a 40 anni per tubercolosi polmonare; il paziente è ultimo nato di altri tre fratelli tutti viventi e sani. Non ha sofferto di alcuna malattia fino a 42 anni epoca in cui fu colpito da pleurite essudativa sinistra, da cui guarì rapidamente. È ammogliato con donna sana da cui ha avuto sei figli tutti viventi e sani; la moglie non ha avuto aborti; il paziente nega qualsiasi malattia venerea. Non sa precisare l'inizio dei disturbi pei quali ricorre al medico, ma afferma che già da qualche mese è stato soggetto ad attacchi dolorosi che inizialmente si originavano dalla regione della spalla destra e si diffondevano in basso, anteriormente e lateralmente verso l'addome, con carattere trafittivo, e con esacerbazione notevole negli atti respiratori profondi. Il paziente, che è stato affetto da pleurite essudativa sinistra, rassomiglia questi primi fatti dolorosi a quelli che ebbe a sopportare all'inizio della preaccennata forma morbosa pleurale. Avendo constatato che la temperatura si manteneva normale, ed essendo gli accessi dolorosi non molto frequenti e di modica intensità, non credette necessario recarsi dal medico; egli afferma che il dolore compariva qualche volta spontaneo, ma il più spesso in rapporto a fatica o a movimenti del torace e del collo di una certa entità, quali il sollevamento ed il trasporto di pesi. In questo periodo applicò revulsivi cutanei che non gli diedero alcun giovamento; nell'ultimo mese le crisi dolorose sono andate aumentando di frequenza ed intensità, ripetendosi più volte nella stessa giornata, e due volte ad esse si è accompagnato singhiozzo molesto che è continuato per circa due ore. Per questi disturbi il p. si presenta all'ambulatorio del prof. Vanni, che mi incarica della visita.

E. O. (marzo 1927): Individuo di complessione robusta, cute pallida, sollevabile in pliche, elastica; mucose pallide, cellulare sottocutaneo normale; non ghiandole palpabili, non edemi, non reticoli venosi visibili, muscolatura ben sviluppata, scheletro apparentemente normale. Nulla a carico dell'apparato cardio-vascolare (pulsazioni 74, PAMx 135, PAMn 80, alle omerali di destra e di sinistra). Il polso radiale è facilmente apprezzabile da ambo i lati. A carico dell'apparato respiratorio si nota lieve diminuzione del murmure sull'emitorace sinistro, nulla a destra. Gli organi addominali sono in sede normale e di volume normale. Nulla da rilevare a carico degli altri organi e sistemi.

Esame del collo delle regioni sopraclavicolari e degli arti superiori: in corrispondenza della fossa sopraclavicolare di destra si nota alla ispezione



una notevole rilevatezza che è specialmente evidente quando il paziente ponga le braccia pendenti in completo rilasciamento muscolare. La palpazione permette di apprezzare in questa regione una resistenza non molto profonda di consistenza dura, immobile, che dal limite inferiore della regione cervicale si estende lateralmente in avanti ed in basso fino alla unione del terzo medio col terzo interno della clavicola. La pressione non determina dolore; a sinistra la regione del collo e la fossa clavicolare non presentano nulla di anormale alla ispezione ed alla palpazione. Gli arti superiori, sono per tono e nutrizione normali e la misurazione rileva che la circonferenza del braccio e dell'avambraccio di sinistra è di qualche millimetro inferiore a quello di destra. La motilità attiva e passiva è completa; col dinamometro si ottengono kgm. 55 a destra e kgm. 46 a sinistra. Le sensibilità tattile, dolorifica e termica sono normali, e così pure la sensibilità stereognostica. All'esame elettrico i nervi ed i muscoli degli arti superiori reagiscono alla corrente faradica e galvanica normalmente. La pressione sui processi spinosi delle vertebre cervicali e dorsali non determina dolore. Al contrario la pressione esercitata nello spazio compreso fra i due capi dello sternocleidomastoideo in corrispondenza del passaggio del frenico sullo scaleno anteriore provoca dolore molto vivace, che si risveglia pure molto vivace colla pressione esercitata

lungo il margine sternale nei primi spazi intercostali, e colla pressione del punto di Guéneau de Mussy, alla intersezione della marginale sternale colla linea passante pel margine inferiore della decima costa.

Esame radiografico: evidente eteromorfismo regionale e cioè dorsalizzazione della 7ª vertebra cervicale bilaterale: a destra il processo costiforme si articola colla apofisi trasversa del medesimo lato portandosi in fuori ed in basso per circa tre centimetri; alla sua estremità esterna forma una nuova articolazione con una spina ossea che sorge circa a metà del primo corpo costale dorsale; da questa spina ossea ed in parte dal processo costiforme anomalo si parte un prolungamento osseo che presumibilmente raggiunge il processo coracoideo. A sinistra il processo costiforme è molto breve ed arriva alla prima costa cervicale.

Per quanto riguarda la classificazione la costa cervicale di destra presentata da questo paziente può essere assegnata al 2° gruppo della classificazione di Luschka, al gruppo *c* della classificazione di Dalla Vedova, e alle seconde divisioni di Blanchard e di Gruber. Deve poi essere compresa nel 2° gruppo della classificazione clinica proposta da Staffieri.

Dato il reperto radiologico, mi pare che la sintomatologia presentata dal C. Modesto possa essere posta in diretta relazione colla presenza della costa cervicale destra, e poichè alla palpazione risulta che il processo osseo anomalo si protende in avanti verso l'inserzione dello sternocleidomastoideo sulla clavicola, in tal modo determinando fatti di compressione ed irritazione sugli elementi anatomici vicini, ritengo sia giustificata la diagnosi di neurite del N. frenico di destra da presenza di voluminosa costa cervicale.

Dal trattamento medico e dalle cure fisiche il paziente ha ottenuto, come prevedibile scarso giovamento; d'altra parte egli rifiuta il trattamento chirurgico che con ogni probabilità, specie considerando gli esiti riferiti dalla casistica precedente, eliminando la presenza della anomalia, toglierebbe ogni disturbo.

RIASSUNTO.

Riassunte brevemente le conoscenze che si riferiscono allo sviluppo ed alla Embriologia delle coste cervicali, l'A. descrive un caso di costa cervicale determinante neurite del nervo frenico, evenienza che dalla bibliografia risulta essere assai rara.

BIBLIOGRAFIA.

STAFFIERI DAVIDE. Policlinico, Sez. pratica, 1927, n. 23.
PERONA. Radiologia Medica, 1926.
LERICHE. Presse Méd., 1921, n. 21.
MOUCHETT. Ibid., 1922, n. 93.
M. R. DUPONT. Ibid., 1922, n. 8.
A. THOMAS. Ibid., 1923, n. 71.
M. LANCE. Ibid., 1923, n. 18.
NATHAN. Ibid., 1921, n. 9.
ROGER, REBOUL-LACHAZ et CHABERT. Ibid., 1925, n. 45.
LERI. Ibid., 1924, n. 88.
TIXIER. Ibid., 1921, n. 33.
ADSON and COFFEY. Ann. of Surgery, 1927.
SOUTHAM and BYTHELL. Brit. Medical Journal, 1924.
SCHIASSI B. Chirurgia Organ. Movimento, 1921, n. 8.
DALLA VEDOVA. Atti Soc. Italiana Chirurgia, 1908.
CAMINITI. Osp. Magg., n. 5, 1926.
CHURCH. Journal of American Medical Assoc., 5-5-1919.
L. TORRACA. Ann. Ital. di Chirurg., 1928, n. 10.

DALLA PRATICA CORRENTE.

OSPEDALE ITALIANO UMBERTO I - CAIRO.
REPARTO CHIRURGICO.
Direttore: Prof. E. GAGLIO.

Un caso di placenta previa complicato con inerzia uterina post partum. Isterectomia vaginale.

SAVERIO CERQUA, chirurgo e aiuto.

Annetta R., di anni 36, entra nel servizio chirurgico dell'Ospedale il 24 novembre 1929.

Donna di normale costituzione fisica, ha avuto sette figli con gravidanze e parti normali. Attualmente è incinta al settimo mese.

Qualche settimana prima del suo ricovero in Ospedale ebbe una grave emorragia per cui fui chiamato d'urgenza. All'esplorazione vaginale il collo dell'utero leggermente rammollito mi permetteva di passare l'indice e di sentire il bordo della placenta inserita marginalmente a sinistra. In quel momento però l'emorragia era cessata completamente per cui mi limitai a prescrivere riposo assoluto ed emostatici.

Durante un periodo di dieci giorni la paziente ebbe solo delle perdite bianche, qualche volta leggermente rossastre ed infine ancora sangue per cui mi decisi di farla ricoverare in Ospedale.

Due giorni dopo la sua entrata l'ammalata ebbe lievi dolori che le provocarono la rottura del sacco delle acque, inizio del travaglio di parto e dopo qualche tempo emorragia.

All'esplorazione (fatta nella sala operatoria) trovai il collo rammollito e con una dilatazione sufficiente da permettermi l'introduzione della mano.

Mi venne facile la versione podalica e in pochi minuti potetti estrarre il feto e la placenta senza alcuna lacerazione del collo. Come d'abitudine dopo il secondamento praticai ergotina e pituitrina. Cionomostante l'utero cominciò a rilasciarsi ed il sangue a fluire in abbondanza. Praticai per qualche tempo massaggio ed espressione bimanuale, ma senza alcun risultato per cui mi decisi a tamponare.

Fu allora che mi accorsi di avere nelle mani un utero di caucciù; l'utero si distendeva progressivamente via via che si introduceva la garza senza alcun accenno a contrazioni. Praticai ancora il massaggio con l'utero tamponato, ma sempre inutilmente.

L'ammalata era in cattive condizioni anche per le emorragie pregresse; un intervento si imponeva. Una isterectomia per via laparotomica non mi avrebbe dato tempo sufficiente, per cui mi decisi di fare una isterectomia vaginale.

Inciso l'utero nella sua parete anteriore l'inversione e l'estrazione previa legatura dei vasi non presentarono alcuna difficoltà. Qualche punto di sutura al peritoneo, due zaffi laterali.

L'ammalata uscì guarita il ventesimo giorno.

RIASSUNTO.

L'autore riporta un caso di placenta previa marginale complicato con inerzia uterina post-partum che, non cedette alle solite cure (tamponi, ergotina, pituitrina), ed impose seduta stante l'isterectomia.

SUNTI E RASSEGNE.

CARDIOLOGIA.

L'infarto del miocardio.

(P. VÉRAN. *Gazette des Hôpitaux*, 18 gen. 1930).

L'infarto del miocardio è un focolaio di necrosi, un sequestro muscolare, dipendente dall'arresto improvviso della circolazione in un territorio circoscritto del cuore.

Si verifica con maggior frequenza negli uomini ed in individui affetti d'aterosclerosi, vecchi sifilitici, quasi sempre ipercolesterinemici, e non raramente diabetici.

Sono più frequentemente colpite le branche della coronaria sinistra sopratutto nei suoi rami ventricolari, la cui importanza funzionale è superiore al loro calibro sottile. La trombosi ha di solito sede nel ramo interventricolare anteriore dopo il distacco dell'arteria auricolo-ventricolare, e nella regione della punta. Ma può anche verificarsi nella branca auricolo-ventricolare o nei suoi rami destinati al margine sinistro del cuore.

Il trombo, anatomicamente banale, può organizzarsi o disgregarsi con il ripristino della permeabilità dell'arteria.

Il focolaio può assumere due tipi: *a*) a forma emorragica, apoplessia cardiaca con irruzione nel ventricolo sinistro e rottura incompleta nel cuore; *b*) a forma necrotica con tinta giallastra o rossa.

Come lesioni associate si possono avere l'endocardite iperplastica, la pericardite subacuta o cronica.

Le conseguenze dell'infarto possono essere: 1) la rottura del cuore con sede alla faccia anteriore del ventricolo sinistro; 2) l'aneurisma parietale del cuore situato alla punta, poco o niente sporgente e riempito di coaguli; 3) le cicatrici fibrose del miocardio, talvolta uniche testimoni di un vecchio infarto clinicamente ignorato.

Clinicamente l'infarto miocardico può manifestarsi in vario modo. La forma anginosa iperalgica è quella che più si presta all'accertamento diagnostico quantunque non sia la più frequente.

I sintomi essenziali di questa forma sono quattro: 1) *Dolore anginoso* caratterizzato dall'acutezza atroce e dalla durata prolungata. È insopportabile, tormentoso, angoriperalgico, con crisi parossistiche di esaltazione e irradiazioni lontane (mascella, arti superiori, addome). Può durare per ore ed anche fino a 10 giorni, resistendo a tutti i rimedi efficaci per l'angina pectoris; 2) *Caduta rapida della pressione arteriosa* sopratutto di quella massima; 3) *Febbre* moderata (38-38.5), costante che compare di solito al secondo o quarto giorno e può riapparire in caso di ricaduta; 4) *Fremito pericardico* incostante, discreto, localizzato, fugace.

I sintomi accessori sono: 1) *Disturbi del ritmo e segni cardiaci*: tachicardia, extrasistoli ventricolari, fibrillazione auricolare; toni cardiaci smorzati; 2) *Disturbi gastro-intestinali*: gastralgie, vomiti, meteorismo, stipsi; possono prevalere fino a determinare un vero stato di male cardio-gastro-anginoso; 3) *Segni pulmonari*: rantoli fini disseminati alle basi o al focolaio, piccoli versamenti pleurici, talvolta anche tipico edema pulmonare acuto; dispnea intermittente o parossistica con o senza edema pulmonare; tosse spasmodica, incessante, penosa; 4) *Stato di shock* molto più accentuato che nelle altre crisi anginose: l'infermo è di un pallore cinereo con lieve cianosi, è in preda ad angoscia, immobile o agitato.

Molte morti improvvise si spiegano con l'infarto del miocardio senza precedenti clinici. È più che probabile che molti casi di morte per sincope siano dovuti all'occlusione acuta spasmodica delle coronarie. Viceversa vi sono forme d'infarti le cui traccie (zone fibrose cicatriziali del miocardio) si rilevano solo all'autopsia.

L'infarto miocardico può assumere forme cliniche diverse. Dal punto di vista del decorso si distinguono:

1) Forme accompagnate ad insufficienza cardiaca subacuta, nelle quali l'infarto può manifestarsi ad inizio improvviso, ad inizio insidioso e mascherato o come itto miocardico puro.

Nel primo caso si può avere il tipo *cardioplegico* (insufficienza ventricolare acuta, soffi funzionali, caduta della pressione, edema pulmonare, morte) o il tipo *cachetizzante* (cachessia e morte mentre i segni cardiaci passano in second'ordine).

Le forme insidiose o mascherate, le più fre-

quenti, sono di diagnosi incerta. La sintomatologia non è così movimentata come nelle forme classiche, e la coronarite obliterante può essere supposta solo in base all'irriducibilità dell'asistolia, alla discordanza tra l'ipertrofia del cuore sinistro e l'ipotensione, all'assenza dell'alternanza del polso, all'intensità del rumore di galoppo.

L'itto miocardico puro si estrinseca con l'insufficienza acuta del cuore sinistro con caduta rapida della pressione e stato di shock.

2) Forme a tappe successive che s'iniziano con crisi anginose seguìte da accalmia, e che terminano con accidenti aritmici i quali riproducono esattamente ciò che si osserva nella legatura sperimentale d'una branca coronaria importante, e che precedono di poco la morte.

Dal punto sintomatologico si hanno:

1) Forme gastro-intestinali. I vomiti alimentari e poi biliari, l'iperestesia cutanea, lo stato di shock, la facies, possono condurre alla diagnosi di perforazione gastrica o intestinale per poco che i segni anginosi restino al secondo piano. Questo stato di male cardio-gastro-anginoso ha una prognosi fatale a breve scadenza;

2) Forme indolenti e dispneizzanti nelle quali il sintoma prevalente è la dispnea intensa;

3) Forme emboliche nelle quali si ha la comparsa di embolie nel territorio della grande circolazione;

4) Forme a tipo Adams-Stokes dovute ad arterite stenosante dell'arteria propria del nodo di Tawara con focolaio di necrosi ledente il centro automatico;

5) Forme associate alla malattia di Buerger nelle quali i focolai cardiaci sono simultanei o seguono a trombo-angioiti con diversa localizzazione.

La diagnosi d'infarto del miocardio può essere posta con sicurezza nella forma anginosa iperalgica, nelle altre forme può essere soltanto probabile, o addirittura azzardosa o impossibile.

La diagnosi differenziale va posta innanzi tutto con l'angina pectoris tipica, dalla quale si distingue essenzialmente per l'inizio più brusco, per l'intensità e durata del dolore, per la resistenza di questo ai medicamenti vasodilatatori.

L'esistenza del fremito pericardico solleva il difficile problema diagnostico d'una pericardite infettiva acuta a tipo anginoso, a favore della quale parla la persistenza del fremito ed il miglioramento di tutti i sintomi in seguito alla cura salicilica.

Quando predominano i segni d'insufficienza ventricolare sinistra, acuta o subacuta, la diagnosi dell'origine coronaria degli accidenti è talvolta impossibile.

La cura non può essere che palliativa.

Si prescriverà il riposo assoluto e l'applicazione di una vescica di ghiaccio sulla regione cardiaca. Si somministrerà la morfina, o altri oppiacei, senza parsimonia. I tonici cardiaci vanno adoperati con prudenza. I nitriti, come ogni altro vasodilatatore, sono controindicati.

DR.

Il regime dei cardiaci e la nutrizione del cuore.

(LOEPER e LEMAIRE. *Presse Méd.*, n. 15, febbr. 1930).

L'alimentazione del cardiaco è un punto terapeutico che non viene in genere a sufficienza curato: ci si accontenta in genere di un regime latteo-vegetariano; ora ciò è del tutto insufficiente.

Si devono distinguere due punti: l'alimentazione generale del cardiopaziente e quella che gli AA. chiamano alimentazione del suo cuore. Nel cardiaco esistono perturbazioni notevoli degli scambi nutritizi che vanno riequilibrate, basti ricordare qui brevemente che il metabolismo basale è talora aumentato del 38 % (Loubry), vi è una notevole ritenzione delle scorie, come dimostrò Achard col bleu di metilene, vi è notevole ritenzione salina, e infine tutto il meccanismo digestivo è profondamente alterato per la stasi addominale e la diminuzione di tutte le secrezioni.

Si dovrebbe quindi provvedere a una correzione dell'acidosi, a un regime atossico poco ricco in cloruri e in sali calcarei, ad una restrizione dei liquidi, a un regime antidispeptico.

Di più il cuore deve essere nutrito in una certa maniera elettiva, perchè la sua insufficienza è spesso di ordine chimico. Gli AA fanno una minuta analisi della composizione chimica del miocardio e tra gli altri dati, dicono che esso contiene in paragone degli altri muscoli striati due volte più fosforo, un po' più di ferro (3 mgr. invece di 2) e di solfo (0,11 invece di 0,07). Il rapporto $\frac{Ca}{Mg}$ è di 85 % invece di 54 %. In più vi sarebbero anche delle differenze zonali, per es., la colesterina sarebbe più abbondante nel fascio di conduzione, e i lipoidi nel miocardio.

Gli AA. studiano poi accuratamente la distribuzione del glicogeno nelle fibre cardiache e in base a constatazioni anatomiche e biologiche ritengono di poter emettere l'ipotesi che le cellule del fascio primitivo si possano considerare come riserve di combustibile che esse distribuirebbero alle fibre adulte del miocardio (!).

È già da lungo tempo nota l'azione importantissima degli ioni Ca, Na, e K. Gli joni Ca sarebbero sistolizzanti, quelli K diastolizzanti, e le belle ricerche della Scuola di Liegi e Bruxelles permetterebbero di vedere nell'antagonismo dei due joni le ragioni della contrazione ritmica del muscolo cardiaco. Il cardiaco ha dunque bisogno dei sali minerali, e

nei legumi verdi ne troverà in gran copia e bene assimilabili. Anche la lecitina e il zolfo avrebbero grande importanza. Ma è certamente lo *zucchero* che rappresenta l'alimento essenziale del cuore; in base a ricerche sperimentali sugli animali e sull'uomo. Gli AA. affermano che lo zucchero rinforza l'azione di numerosi medicinali ad azione cardiaca. Essi consigliano perciò di dare dello zucchero in natura sotto forma di sciroppo di glucosio, colla dose di 50 grammi nelle 24 ore. Avrebbero con questo sistema ottenuto degli ottimi risultati.

L. TONELLI.

Patogenesi, diagnosi e terapia dell'angina pectoris.

(P. MORAWITZ. *Deut. med. Woch.*, 48, 1929).

L'*angina pectoris* viene probabilmente determinata da un insieme di varie condizioni anatomiche e funzionali; nessuna di queste condizioni per se stessa può essere considerata come indispensabile. Per lo più esistono però delle alterazioni anatomiche dei vasi coronari oppure (nelle forme sifilitiche) restringimenti dei loro ostii per aortite. Questi processi anatomici non bastano da soli a determinare l'*angina pectoris*, esistono infatti molte forme di sclerosi delle coronarie che decorrono senza alcun accesso e si riscontrano soltanto alla autopsia.

Perchè si determini l'*angina pectoris* devono coesistere con le alterazioni anatomiche, spasmi funzionali; forse in singoli casi questi spasmi delle coronarie bastano da soli, anche senza alcuna alterazione anatomica, a determinare gli accessi di *angina pectoris*. Alcuni autori invece pensano che la causa del dolore anginoso sia non lo spasmo, bensì uno stiramento delle arterie coronarie.

In molti casi, per trombosi dei rami delle coronarie ammalate, si sviluppano degli infarti del miocardio; questi possono, non però in tutti i casi, determinare i sintomi dell'*angina pectoris*.

La diagnosi di *angina pectoris* non è sempre facile ed implica spesso una notevole responsabilità; infatti l'angina vera è una malattia seria e talvolta molto grave. Sintomo principale è il dolore; accessi di dispnea, di palpitazioni senza dolore, non sono *angina pectoris*. Il dolore si può manifestare nelle regioni più disparate; di solito percepito nella regione cardiaca, più di rado alla parte superiore dello sterno, esso può in altri casi esistere soltanto alle spalle o perfino all'epigastrio, al dorso o alla regione laringea. Non sempre il dolore si associa alla nota sensazione di annichilimento alla paura della morte; gli accessi gravissimi con paura di morte, stati simili a collasso, sensazioni insopportabili sono molto spesso determinati da infarti del miocardio. Il dolore accessuale differenzia l'*angina pectoris* da molte altre condizioni a comparsa accessuale, ma senza dolore: asma cardiaco, tachicardia parossistica, ecc.

Molto simile all'angina vera, ma a prognosi del tutto diversa è l'*angina pectoris vasomotoria*, determinata soltanto da spasmi funzionali; i disturbi sono molto svariati, dipendenti da eccitazioni psichiche: questi casi puramente funzionali sono però rari ed è raccomandabile una grande cautela nel diagnosticarli, specialmente in persone anziane che mai prima avevano sofferto di cuore. Molto rare sono anche le angine dovute puramente all'uso di tabacco. Talvolta affezioni dolorose dell'articolazione della spalla o dei muscoli del torace possono determinare stati simulanti l'*angina pectoris*; sono però casi molto rari, è più frequente l'errore opposto, che il medico diagnostichi per artrite della spalla sinistra dolori anginosi. Una sindrome spesso molto simile alla vera *angina pectoris* è il cosidetto « complesso sintomatico gastro-cardiaco ». Per la pressione esercitata da uno stomaco eccessivamente dilatato si possono manifestare sensazioni moleste nella regione del cuore; diminuendo il contenuto di gas dello stomaco si eliminano i disturbi. È difficile differenziare tale sindrome dalla vera angina perchè anche in quest'ultima il riempimento dello stomaco può favorire la comparsa di accessi, e perchè l'accesso di *angina pectoris* non raramente si associa a manifestazioni di meteorismo intestinale. In molti ammalati di angina vera i dolori si attenuano soltanto dopo che sono avvenute abbondanti eruttazioni.

Fattori che provocano gli accessi di angina vera sono i movimenti, i pasti, il freddo, il decubito orizzontale. In molti casi i dolori compaiono quando i pazienti camminano rapidamente o fanno delle salite; in altri casi i pasti abbondanti provocano l'accesso, specialmente se dopo il pasto l'ammalato si muove. Spesso l'accesso è provocato dal passaggio da una stanza calda all'aria fredda esterna. Altre volte il decubito orizzontale determina l'accesso, specialmente se lo stomaco è dilatato da gas.

Obbiettivamente si riscontra spesso nei pazienti il tipo picnico: collo corto, torace largo, addome dilatato; non mancano i tipi astenici, essi sono però molto più rari. Al cuore si constatano spesso rinforzo del secondo tono aortico, soffi sistolici o (nella sifilide) diastolici all'aorta, dilatazione del cuore sinistro, aritmia extrasistolica o assoluta. La pressione del sangue è per lo più aumentata, spesso però non più di quanto corrisponderebbe all'età del malato; si osservano casi di *angina pectoris* con pressione minore del normale. In casi di infarti del miocardio la pressione prima aumentata, diminuisce subito dopo un grave eccesso. Importante è l'esame radiologico; se esso dimostra una aortite luetica o una sclerosi aor-

tica la diagnosi di angina diventa molto più probabile. L'elettrocardiogramma può essere normale; sono frequenti delle anomalie elettrocardiografiche, che in caso di disturbi anginoidi rendono probabile una *angina pectoris* vera (allungamento del PQ, onda T negativa in due derivazioni, ondulazione del complesso ST). Naturalmente queste alterazioni dell'elettrocardiogramma non sono caratteristiche della sclerosi coronaria perchè esse si riscontrano anche in altre lesioni del miocardio. Non si deve mai trascurare la reazione di Wassermann; nei casi esaminati 1/4-1/3 dei casi di *angina pectoris* era dovuto ad aortite luetica.

La prognosi dell'*angina pectoris* è difficile, spesso impossibile. Accanto ai pazienti che soffrono di accessi per anni senza avere serie conseguenze, esistono casi di morte cardiaca improvvisa; in generale l'angina che compare dopo fatica è meno pericolosa dell'angina che compare nel riposo (angina da decubito). Quanto più frequenti e gravi sono gli accessi, quanto più probabili diventano gli infarti miocardici estesi, tanto più grave è la prognosi e probabile la morte cardiaca acuta o lo sviluppo di una insufficienza cardiaca; anche la presenza di asma cardiaco aggrava la prognosi. Un cattivo segno è il rimanere bassa la pressione dopo un accesso grave.

Le forme sifilitiche nonostante la terapia non hanno una prognosi migliore delle forme arteriosclerotiche; nelle prime infatti è relativamente frequente la morte cardiaca acuta. Importanti per la prognosi sono anche i risultati terapeutici.

Per la terapia è importantissimo il tenore di vita, specialmente la dieta.

Nei pazienti grassi e super-nutriti è spesso utilissima una dieta scarsa e povera di carne; pasti piccoli e frequenti, pochi liquidi, riduzione di sostanze meteorizzanti. Sono proibiti il caffè e il fumo, eccessi di alcoolici, eccessi sessuali. Evitare fatica fisica specialmente nei primi tempi. La cura medicamentosa dell'accesso stesso si fa coi nitriti. Il preparato migliore è la nitroglicerina in soluzione alcoolica all'1:1000. Poco efficaci sono invece le tavolette di nitroglicerina del commercio. Anche il nitrito d'amile è meno efficace della nitroglicerina. Sono utili anche energici stimoli cutanei: bagni caldi alle mani e ai piedi, senapismi, ecc. Se le dette misure sono inefficaci si ricorre ai narcotici: dionina (due a tre ctgr.) e eucodale (1-2 ctgr.) per via sottocutanea. In caso di insufficienza di cuore iniezioni di cardiazol ripetute ad intervalli di 2-3 ore.

Molti pazienti soffrono di lieve grado di insufficienza cardiaca spesso non riconosciuta dal medico: le vene del collo sono un poco turgide, il fegato un poco ingrossato, il malato ha lieve dispnea. Se si dà a questi pazienti digitale con chinidina in piccole dosi si diminuisce la tendenza agli accessi e si rende molto più rara la morte cardiaca acuta. Utilissime sono delle pillole contenenti ciascuna 5 ctgr. di polvere di foglie di digitale e 10 ctgr. di solfato di chinidina; due-tre pillole al giorno per 10 giorni, quindi riposo. È utile anche diminuire l'eccitabilità nervosa con adalina, bromural, luminal. Nelle forme sifilitiche la cura specifica deve essere energica e prolungata. In caso di insufficienza cardiaca o di accessi gravi e frequenti è bene farle precedere un periodo di terapia cardiaca. L'efficacia della cura specifica è in rapporto col grado di alterazioni aortiche. POLLITZER.

UROLOGIA.

La ritenzione di urina.

(H. J. MACCURRICH. *British med. Jour.*, 1° febbraio 1930).

La ritenzione di urina è uno dei sintomi più strazianti che affligga l'umanità ed è un sintoma che può essere misconosciuto quando è presente, mentre può essere diagnosticato quando è assente. Il primo di questi errori è dovuto alla ritenzione con rigurgito, che è presa invece per incontinenza. Una volta l'A. ha avuto occasione di vedere un paziente nella camera *imbottita* di un manicomio, dove esso era stato portato perchè ritenuto affetto da mania. Il paziente si rotolava sul terreno e si graffiava l'ipogastrio con le unghie. L'infermiere riferiva che esso emetteva liberamente l'urina, anzi che vi era incontinenza. All'esame si trovò che la vescica raggiungeva l'ombelico e che vi era una prostata ingrossata, nonostante il trattamento, il paziente morì di uremia.

Tutto questo deve far tener presente la necessità di distinguere bene la ritenzione con rigurgito dall'incontinenza; prima di diagnosticare quest'ultima, si passerà un catetere; nell'incontinenza vera, si estrarrà in tal modo una scarsa quantità di urina. Un errore meno frequente è quello di scambiare la soppressione dell'urina. (condizione più rara) con la ritenzione; anche in questo caso. il cateterismo leverà ogni dubbio.

La ritenzione di urina può essere completa o parziale. Nella prima, gli sforzi per la minzione volontaria sono inefficaci, sebbene quando la vescica è abbastanza distesa, passi dell'urina per rigurgito. Nella ritenzione parziale, il paziente può svuotare parzialmente la vescica con uno sforzo ma se si introduce il catetere a minzione finita, si estrae ancora dell'urina. La quantità di urina che così si estrae può fornire un'indicazione sul rapporto fra la forza del detrusore ed il grado di ostruzione.

L'A. enumera le cause della ritenzione.

NELL'UOMO.

A. *Neonato.*

Ostruzione del meato con sangue o secrezione disseccata.

Meato a punta di spillo.
Fimosi.
Membrana congenita o valvola nell'uretra posteriore.

B. *Adulto giovane.*

Uretrite acuta, prostatite, ascesso prostatico.
Spasmo riflesso dovuto ad infiammazione in qualche altra parte (appendicite, ascesso ischio-rettale, ecc.).
Trauma locale od in altra parte (per arco riflesso).
Iperdistensione della vescica.
Funzionale od isterica.
Malattia nervosa organica.
Calcolo.

C. *Adulto di media età.*

Stenosi uretrale.
Tabe dorsale.
Cause, come a B.

D. *Vecchi.*

Ingrossamento della prostata.
Atonia.
Cause come a B. e C.

NELLA DONNA.

Uretrite (gonococcica).
Utero retroverso, specialmente se ingrossato per fibroma o per gravidanza.
Prolasso della mucosa uretrale.
Caruncula.
Isterismo.
Malattia nervosa.
Vaginite (bambine).

È credenza volgare che se non si porta rimedio alla ritenzione, la vescica scoppi, ma ciò non accade. Se l'ostruzione si trova al collo della vescica, si ha il rigurgito quando la pressione endovescicale raggiunge un certo limite. Se l'ostruzione è nell'uretra, si ha uno stravaso dell'urina per l'uretra posteriore e si formano delle fistole. L'aumento di pressione provoca una trabecolazione della vescica per degenerazione del muscolo, la dilatazione dell'uretere e della pelvi renale, con distruzione del tessuto e della funzione del rene ed, infine, l'uremia.

Il trattamento nella maggior parte delle ritenzioni da causa congenita è ovvio. Nella ritenzione da infiammazione o da spasmo riflesso, è bene evitare l'uso del catetere, se è possibile, e trattare l'infiammazione. Altri metodi di diminuire lo spasmo sono i bagni caldi, le applicazioni locali calde, la morfina e l'atropina per via ipodermica ed il cloruro di calcio per via endovenosa.

L'anamnesi indicherà la probabile causa e, quindi, anche il metodo di esame più adatto per ogni caso singolo. Per esempio, nelle stenosi, si farà il cateterismo con un strumento sottile, mentre nell'ipertrofia prostatica, se ne passerà uno grosso; l'A. afferma di non aver mai veduto un ingrossamento prostatico adenomatoso in individui che avevano avuto in precedenza un'uretrite posteriore. La storia di gonorrea o di « riscaldo » come la chiamano spesso i pazienti ignoranti, suggerirà l'idea di stenosi.

Si penserà al calcolo in presenza di pazienti che si lamentano di dolore specialmente durante i movimenti ed in cui il getto si arresta ad un tratto.

L'A. dà poi indicazioni sul modo di fare il cateterismo, eventualmente con anestesia locale o sacrale o spinale e le indicazioni e la tecnica per l'uretrotomia esterna.

fil.

Anatomia e fisiologia dei nervi propri della capsula renale in rapporto alla clinica.

(CARL FISCHER. *D. Zeit. f. Chir.*, vol. 222).

Dopo uno studio anatomico e fisiologico sui nervi della capsula, l'A. studia l'importanza che hanno in rapporto al dolore e emorragia. Sintomi emorragici e dolori possono apparire sia isolati, sia uniti.

Come causa del dolore può essere ricercata la perinefrite diffusa o circoscritta, le cicatrici, le callosità consecutive a processi infettivi e traumatici, processi di organi vicini alla capsula.

Poichè il dolore dipende dalla diretta irritazione della capsula renale, le stesse condizioni anatomiche della capsula renale lo spiegano. Come causa diretta di emorragia sono da porre le alterazioni svariate in prossimità del bacinetto ren. sopratutto quelle localizzate agli apici della papilla, come piccoli focolai infiammatorî, piccoli tumori (angiomi, gruppi di ectasie venose, cavernomatosi ecc., incrostazioni ecc.). Poichè le emorragie da questi focolai avvengono direttamente, in generale, non è da aspettarsi un'azione dalla decapsulazione, benchè per osservazioni isolate ciò sembri possibile.

Come causa diretta per il dolore e l'emorragia sono da porre i focolai di suppurazione nell'interno del parenchima stesso.

Causa indiretta di emorragia e dolore: si possono ricordare le anzidette lesioni in prossimità al parenchima renale per gli spasmi vasali e quindi l'emorragia che producono e il dolore che ne può derivare. Per malattie della capsula stessa possono spasmi dolorosi formarsi per irritazione della capsula renale, inoltre i focolai infiammatorî per la congestione che producono possono essere cause egualmente di emorragie come, per distensione e stiramento della capsula renale, possono esser causa di dolore.

Ma queste lesioni possono decorrere anche

silenziosamente come possono questi sintomi vasali comparire per una ipereccitabilità del sistema nervoso vegetativo. Per questo possono esser chiamati in causa fattori esterni: azioni di temperatura, mutamenti di posizioni, cause puramente psicogene.

È possibile da dolori e emorragie si formino spasmi e congestioni puramente funzionali senza che vi sia l'azione riflessa partente da un focolaio infiammatorio, ma per una speciale disposizione. Questa ipotesi vien suffragata dai successi ottenuti in questi casi dalla decapsulazione. Contro gli spasmi la interruzione o l'esclusione dell'arco riflesso che passa dalla capsula ed ha punto di partenza dal focolaio.

Contro i fatti di congestione, libera il rene dall'effetto della distensione capsulare, inoltre migliora le condizioni di circolo e il deflusso sanguigno diminuendo l'azione dell'ipertono vasale.

Per la nefrite (non per quella infettiva) spiega la sua azione coll'interrompere l'arco riflesso della capsula renale, causa di spasmo; e così ha azione anche sull'oliguria, uremia, anuria. La buona azione spiegata sulle nefrosi, deve considerarsi dovuta ad una migliore irrorazione.

L'esclusione della capsula deve considerarsi benefica anche quando non è completa, perchè l'azione fisiologica di irritazione nervosa si ha solo colla complessa continuità dei nervi di cui è dotata la capsula. Con la decapsulazione si interessa solo il simpatico e l'arco del riflesso capsulare. V. GHIRON.

Tecnica per il trattamento dell'ipertrofia prostatica secondo Payr.

(HOFFHEINZ. *Zentr. f. Chir.*, n. 42, 1929).

L'A. crede opportuno riferire sul metodo di Payr, con iniezione di soluzione « pepsina-pregoid » che non è finora ben conosciuto.

L'iniezione si può fare ambulatoriamente. Il liquido viene preparato entro le 24 ore dall'uso.

Nella siringa a 0.2-0.4 della soluzione si unisce 1.8 cmc. di novocaina al mezzo.

Il paziente viene posto nella posizione del taglio della pietra con un catetere metallico nell'uretra. L'operatore infila il dito sinistro nel retto fissando la parete e la prostata mentre infila l'ago della siringa nel perineo nella linea mediana tra l'ano e la radice dello scroto. L'ago viene introdotto fino ad oltrepassare la capsula prostatica, ed allora si inietta il liquido in vari punti. Se non vi ha reazione si può ripetere dopo qualche giorno l'incisione anche ad una concentrazione maggiore.

Si ha elevazione di temperatura fino a 38°, bruciore nella minzione ed eventualmente ematuria.

I buoni risultati del metodo sono comunicati anche da altri, come Grunert, Rosenstein, Wolfsohn.

Il metodo non è fatto per soppiantare la prostatectomia, che rimane il metodo di scelta là dove si può fare.

L'utilizzazione si ha nei casi che complicazioni vietano l'operazione. Si può anche usare nel primo stadio delle ritenzioni acute di urina. BRANCATI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

ALFRED KRETHLOW. *Physikalisch Technisches Praktikum für Mediziner*, 127 fig., pag. 228. M. 15,60.

Il « praktikum » di K. è preceduto da una breve introduzione di Staehelin, il direttore della Clinica Medica di Basilea il quale presenta il libro come un buon complemento per il corso di fisica medica che a Basilea è tenuto da Hagenbach.

In questo prontuario sono raccolte tutte le applicazioni della fisica medica.

Precedono brevi notizie sull'uso della bilancia; quindi l'A. espone i principii dell'ottica (lenti, microscopio, polarizzazione, analisi spettrale ecc.): parla delle applicazioni della luce nelle lampade di quarzo e dei raggi infrarossi. Segue un capitolo sulle generalità delle correnti elettriche, sui mezzi di misura, sui pantostati, sulle correnti d'alta frequenza e diatermiche per passare ai raggi X.

Nel capitolo dedicato ai raggi X sono passati in rassegna i fondamenti di fisica, i mezzi di misura, gli apparecchi, la spettrografia, i dosimetri; per quanto riguarda la diagnostica l'A. fissa i punti principali dell'ottica dei raggi X. Un capitolo è dedicato alla radioattività; un altro capitolo all'emodinamica (sfigmografi) e l'ultimo all'elettrocardiografia descrivendone i principi fondamentali e gli apparecchi.

In piccola mole sono raccolte molte cognizioni utili sulle applicazioni che la fisica ha nella medicina. E. MILANI.

Ergebnisse der gesamten Medizin. Vol XIII. Due vol. in-8° di complessive pag. 626, con 78 fig. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1929. Prezzo Mk. 30.

Questa ottima pubblicazione diretta da Th. BRUGSCH continua a mettere al corrente il mondo medico dei progressi che si vengono facendo nella nostra scienza e dello stato delle questioni che si agitano. Fra i numerosi ed ampii lavori che si trovano in questi volumi, menzioniamo i seguenti: « L'ipertonia essenziale » (E. KYLIN). « La secrezione interna delle ghiandole salivari » (A. GOLJANITZKI). « Provocazione artificiale del parto » « R. HORNUNG).

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

« Il trattamento delle malattie allergiche » (W. STORM). « L'intossicazione saturnina » (P. SCHMIDT, A. SEISER e S. LITZNER). « Stato attuale del trattamento del diabete con la sintalina » (E. FRANCK e A. WAGNER). « La durata della vita, dal punto di vista dell'igiene » (K. FRENDENBERG). « Il trattamento dell'anemia perniciosa col fegato » (R. SEYDERHELM). « La rianimazione alla vita » (K. THIEL), ecc.

fil.

Methods and problems of Medical Education. Fifteenth Series. Un vol. in-4° di p. 87 con molte figure, 1929.

Questo volume tratta esclusivamente della Scuola Medica di Albany (New York). Vi hanno collaborato 19 autori; è corredato di un indice per materie.

Rileviamo che la maggior parte dei precedenti volumi sono stati molto più ricchi e più vari.

F. LÓPEZ UREÑA. *El misterio de la vida.* Morata, ed., Madrid. Prezzo Pesetas 6.

L'A. passa in rassegna tutti i fenomeni vitali, descrive ampiamente la struttura della materia vivente, per porsi e tentare di risolvere il problema dell'essenza e della ragione della vita. È una interessante dissertazione biologica e filosofica con riflessi pratici morali ed eugenici.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

IV Congresso della Società Internazionale di Urologia.

(Madrid, 7-12 aprile).

Dal 7 al 12 aprile u. s. ha avuto luogo in Madrid il 4° Congresso della Società Internazionale di Urologia. Il primo dopo la guerra è stato tenuto a Parigi nel 1921, il secondo a Roma nel 24 e il terzo a Bruxelles nel 1927.

Le sedute del Congresso si svolsero nella grande Aula del Senato, e l'inaugurazione venne onorata dalla presenza di S. M. il Re Alfonso XIII.

La Presidenza del Congresso, che era stata designata nella persona del dott. GONZALES BRAVO, decesso l'anno scorso, fu per decisione dell'Assemblea conservata alla Spagna nella persona del prof. LEONARDO DE LA PEÑA.

Gli italiani intervenuti al Congresso furono in verità in numero esiguo: Proff. LASIO di Milano, delegato, ALESSANDRI di Roma e BRUNI di Napoli, membri del Comitato italiano, GARDINI e PERRUCCI di Bologna, RAVASINI di Trieste, TARDO di Palermo.

In compenso presero parte attiva ai lavori e alle discussioni, tenendo alto nel campo della specialità il nome d'Italia, e portando un notevole contributo ai vari temi proposti.

Le questioni in discussione erano tre: l'idronefrosi, gli antisettici urinari, le infezioni colibacillari dell'apparato urinario: sulla prima e sulla terza si erano già avute relazioni e discussioni importanti nei congressi della Società Italiana di Urologia.

Sull'idronefrosi vennero presentate e svolte relazioni assai diffuse dai proff. LEGUEU e FEY (Francia), LASIO (Italia) e COVISA (Spagna).

Riportiamo le conclusioni delle varie relazioni:

L'idronefrosi.

LEGUEU e FEY (Parigi). — La distensione delle cavità renali, lesione caratteristica dell'idronefrosi, è la risultante di due fattori che importa non confondere: la *dilatazione* e la *ritenzione*.

La *dilatazione* è una lesione anatomica di natura estatica e stabile. L'anatomia patologica ce ne rende conto, e la pielografia permette studiarla.

La *ritenzione*, all'incontro, è una lesione fisiopatologica risultante dal cattivo funzionamento dell'apparecchio di escrezione cioè del muscolo pielo-ureterale. È un disturbo d'ordine *dinamico*. L'anatomia patologica non può metterlo in evidenza, e soltanto la pieloscopia permette esplorarlo.

Tanto la dilatazione quanto la ritenzione testimoniano una alterazione del muscolo pielo-ureterale; la dilatazione, del disturbo della tonicità; la ritenzione, di quello della contrattilità. Ma una di queste funzioni può effettuarsi più presto o più intensamente dell'altra, esistendo frequentemente delle ritenzioni fuori d'ogni dilatazione.

Come nella vescica, oltre alla ritenzione cronica con distensione esistono molteplici varietà di ritenzione, così a livello della pelvi, del rene, si trovano pure altre varietà di ritenzione oltre alla ritenzione cronica con distensione (l'uso le ha riserbato la denominazione d'idronefrosi), che è necessario studiare al medesimo tempo che l'idronefrosi propriamente detta.

Considerata così, l'idronefrosi non è una malattia, è una sindrome, risultato comune di tutte le malattie dell'apparecchio del rene.

1) PATOLOGIA DELLE RITENZIONI PIELICHE. — Abbenchè si trovi una lesione anatomica patente, ci si deve assicurare, prima di ammettere la sua azione patogenetica che si tratta d'una causa primitiva di ritenzione, e non d'una deformazione secondaria legata allo sviluppo della dilatazione.

a) *Teoria meccanica.* — Certi aspetti della pielografia e della ureterografia possono stare a favore di questa teoria. Realmente bisogna esser estremamente prudenti prima d'incolpare queste deformazioni, assicurarsi ch'esse sono *permanenti* e che non corrispondono a contrazioni fisiologiche e normali. Inoltre se si controlla il loro modo d'azione colla pieloscopia, si vede che nella maggior parte dei casi, non si produce al loro livello ritenzione nè ritardo nell'evacuazione del liquido opaco.

In verità, l'idronefrosi da cause meccaniche sembra rara e non si può ancora accettare se non nei casi in cui la cateterizzazione è impossibile.

b) *Teoria congenita.* — Dev'essere una malattia del tessuto (Bard), una malattia del muscolo pielo-ureterale. Ma questa malattia non agisce unicamente sulla tonicità muscolare, ma pure sulla contrattilità. Inoltre nulla ci permette di asserire che la malattia sia idiopatica e che sia sempre congenita. Vi sono dei casi innegabili d'idronefrosi congenita; sono quelli in cui l'apparecchio renale presenta allo stesso tempo una malformazione morfologica ed una malformazione del tes-

suto, ma non si potrebbe collocare in questa categoria la maggior parte delle ritenzioni pieliche.

c) *Teoria funzionale.* — L'esistenza di ritenzioni funzionali si dimostra dai numerosi casi in cui si trova una ritenzione con assenza d'ogni lesione congenita e d'ogni ostacolo meccanico. Questo è il caso delle « piccole idronefrosi », che si caratterizzano con una ritenzione senza dilatazione.

Questa ritenzione funzionale è legata al cattivo funzionamento dell'apparecchio escretore, del quale la fisiologia e la pieloscopia ci permettono studiare le modalità.

Certi fatti sperimentali clinici operatori parlano ugualmente in favore di questa teoria.

L'escrezione è assicurata dalla sinergia funzionale di varie azioni muscolari. Esse sono:

1) Contrazioni pielitiche che vanno sino alla formazione d'un bulbo.

2) Un'azione sfinteriana pielo-ureterale, che controlla l'apparire e l'evacuazione di *bouchées* ureterali.

3) Contrazioni peristaltiche dell'uretere.

4) Un'azione sfinteriana uretero-vescicale, che protegge l'uretere contro le minzioni vescicali.

Se una di queste azioni muscolari si altera, l'escrezione normale è impedita e si produce la ritenzione.

2) LA DIAGNOSI CLINICA riposa specialmente sul carattere dei dolori renali; fra questi, il più tipico è la colica nefritica legata ad uno spasmo della muscolatura pielica, che porta ad una crisi di ritenzione acuta.

La diagnosi può precisarsi dopo un esame completo radiologico, cioè impiegando insieme la pielografia e le pieloscopia. Se la prima mostra la dilatazione, soltanto la seconda può rivelare i fenomeni di ritenzione. Questi due modi di esame si completano e si controllano, la loro associazione permette evitare molti errori d'intrepretazione.

3) PER QUANTO RIGUARDA IL TRATTAMENTO, i casi pubblicati sono difficili a confrontarsi date le innumerevoli varietà dell'idronefrosi; le osservazioni portano rare volte delle prove sicure. La nostra pratica attuale può così riassumersi:

L'indicazione operatoria si fonda sui disturbi dolorosi, sulle infezioni, sulla dilatazione e specialmente sul grado di ritenzione cronica.

Se si decide di non intervenire, si può ottenere un miglioramento cateterizzando l'uretere.

Se s'interviene, bisogna incominciare, cercando con cura i disturbi che rappresentano la parte di causa irritante e che determinano i fenomeni d'eccitamento o d'inibizione che alterano l'escrezione.

Non si ricorrerà alla nefrectomia che il più raramente possibile, tenendo presente il volume della sacca, della sua infezione, dello stato del parenchima rimanente, della tonicità, della motilità, della pelvi e dell'uretere, che deve esplorarsi nel corso dell'intervento.

Negli altri casi, due eventualità si presentano:

b) Si è potuto determinare la lesione causale della ritenzione, ed in questo caso, ci si contenta di sopprimere questa causa, senza che sia utile aggiungere nessun'altra manovra complementare.

b) Non si può determinare la lesione causale della ritenzione, ed allora si può ricorrere, sia alla nefropessia, sia all'enervazione renale, sia alla nefrostomia temporanea.

Eziologia, patogenesi e cura dell'idronefrosi.

LASIO (Milano). — La vecchia concezione che faceva dipendere ogni idronefrosi da un ostacolo meccanico, dimostratasi col tempo insufficiente per spiegare l'etiologia di ogni caso, diede luogo alla teoria dinamica. Lo stato attuale delle nostre conoscenze permette di concludere che non è possibile una netta separazione delle idronefrosi in dinamiche e meccaniche: i due elementi sono sempre presenti tutti e due almeno quando la forma è in piena evoluzione, mentre all'inizio uno solo è capace di dare la spinta patogenetica iniziale.

L'elemento meccanico, di cui non è possibile negare l'importanza, può esercitare la sua azione diretta - sulle vie escretive (occlusione), ma può anche con la sua presenza in vicinanza di queste vie provocarvi uno spasmo che ha un effetto occlusivo che si differenzia da quello meccanico, perchè più breve, meno stabile.

Quest'azione spasmogena si esercita in zone speciali, quelle che più sono provviste di rete nervosa, nelle zone di passaggio da un segmento urinario all'altro (colletto pielico, porzione estramurale).

Lo spasmo non è fenomeno idiopatico, esso è la conseguenza dell'azione esercitata o da un elemento meccanico grossolano, facilmente riconoscibile, oppure è l'effetto di lesioni anatomo-patologiche minime almeno nelle dimensioni (reliquati di periannessiti, vescicolo-spermiti, prostatite, vasi anomali, lieve mobilità renale).

L'atonia è per lo più secondaria alle crisi spasmodiche acute che si ripetono ad intervalli. Essa non è mai primitiva e presuppone spesso una lesione profonda del sistema neuro-muscolare centrale, periferico, vago-simpatico, quale fu sperimentalmente riprodotto; essa può svilupparsi per effetto di una compressione, di uno stiramento, di un processo infiammatorio ureterale e pielico.

Causa molto frequente dell'atonia è l'infezione, che ha un'importanza enorme nella patogenesi dell'idronefrosi: essa spiega i risultati incompleti nella cura della pielite, la recidiva della calcolosi renale, l'insufficienza delle operazioni ortopediche sul bacinetto, il volume enorme di alcune idropionefrosi; in tutti questi casi, come in altri meno avanzati od affatto iniziali, anche l'esame più attento non riesce a scoprire nessun elemento meccanico; si tratta di forme essenzialmente dinamiche in cui l'atonia tossi-infettiva ha trasformato bacinetto, calici ed uretere in una sacca flaccida che si svuota solo con un drenaggio che sia collocato in una zona declive. Il fattore meccanico manca od è secondario e tardivo per la formazione di processi secondarî (calcolosi settica, inginocchiamenti, aderenze pielo-ureterali) che aggravano la situazione che non fu da loro creata.

La relazione venne illustrata con numerose projezioni, fra cui interessanti parecchie urografie fatte coll'uroselectan per via endovenosa.

Eziologia e trattamento dell'idronefrosi.

COVISA (Madrid). — Nel problema dell'idronefrosi esistono ancora molte incognite riferentisi all'etiologia, alla diagnosi ed al trattamento.

Le caratteristiche cliniche ed anatomo-patologiche dell'idronefrosi possono concretarsi in una definizione descrittiva dicendo: che è una lesione

caratterizzata dalla dilatazione primitivamente asettica, progressiva, congenita od acquisita, parziale o totale, della cavità calico-pelvica del rene, con ritenzione cronica, incompleta o completa, originata da difficoltà all'espulsione dell'orina.

Nell'idronefrosi, l'infezione è un fenomeno secondario, ciò che la distingue dalla pionefrosi, in cui essa è un fenomeno primitivo e primordiale.

Dilatazione, ritenzione ed asetticità del contenuto, sono dunque le tre caratteristiche anatomo-patologiche dell'idronefrosi.

La dilatazione dipende da un'alterazione della tonicità del muscolo pelvico, e la ritenzione da un disordine della motilità.

La semplice alterazione motrice può originare ritenzioni senza dilatazione, comprovabili mediante la pieloscopia (ritenzioni pieliche funzionali di Legueu). È discutibile se in questi casi si tratta o no di vere idronefrosi. Abbenchè il termine idronefrosi non sia molto esatto, non di meno è sancito dall'uso, in tal forma che sarebbe inutile sostituirlo con un altro. Nondimeno, la denominazione di *pielectasia*, proposta da Fedoroff ed impiegata da altri autori, esprime meglio il fattore anatomico fondamentale dell'idronefrosi, cioè della dilatazione della pelvi, permettendo la formazione di derivati che indicano i differenti caratteri del contenuto pelvico in ogni caso, come: *uretero-pielectasia, emo-pielectasia e pio-pielectasia.*

Le cause della idronefrosi sono molto numerose e di diversa natura, e secondo quest'ultima, le idronefrosi possono dividersi in due gruppi principali: 1) idronefrosi dovute a cause d'ordine meccanico; 2) idronefrosi dovute a cause d'ordine dinamico.

Fra le cause d'ordine meccanico si includono tutte le lesioni organiche, congenite od acquisite, come: tumori, processi infiammatorî, corpi estranei, restringimenti, propaggini e formazioni valvolari, che da qualsiasi punto dell'apparecchio urinario sia dentro, sia fuori di esso, oppongono delle difficoltà alla normale escrezione dell'orina.

Sotto la denominazione d'idronefrosi dinamiche si aggruppano tutti quei casi in cui non esiste una causa organica apprezzabile cui poter attribuire lo sviluppo dell'idronefrosi. Le cause sono: a volte dei processi tossi-infettivi, altre, processi infiltrativi infiammatorî delle pareti dell'uretere, altre, alterazioni del sistema nervoso. Dapprincipio, la natura organica di tutte le cause note condusse ad una concezione patogenetica esclusivamente meccanica dell'idronefrosi, considerando questa come il risultato d'un semplice fenomeno di dilatazione retrograda, in conseguenza del ristagno dell'orina al disopra dell'ostacolo. In questo caso si spiega l'atonia muscolare come un fenomeno consecutivo alla distensione forzata delle pareti, all'aumento della pressione nei condotti e cavità dell'apparecchio urinario.

Posteriormente si pensò che quasi tutte le idronefrosi fossero provocate da lesioni d'origine congenita, ciò che non escludeva la patogenesi esclusivamente meccanica della dilatazione.

Infine, l'osservazione di alcuni casi d'idronefrosi senza causa organica apparente, congenita od acquisita, che opponessero un ostacolo meccanico al libero corso dell'orina, portò alla concezione della teoria dinamica che attribuisce la causa dell'idronefrosi a disordini primitivi della peristalsi pielo-ureterale (Israel, Fedoroff).

Le moderne esplorazioni pieloscopiche ed i lavori sperimentali di molti investigatori, hanno dimostrato che la peristalsi del muscolo pielo-ureterale può alterarsi: 1) per disturbi della motilità; 2) per disturbi della tonicità.

I disturbi della motilità, secondo Legueu, possono essere per *eccesso* o per *difetto*. Nel primo caso si forma una sindrome ipercinetica caratterizzata pieloscopicamente da un vuotamento pelvico più rapido del normale. Nel secondo caso si origina una sindrome di ritenzione incompleta, che si rivela alla pieloscopia mediante un'evacuazione ritardata.

Queste alterazioni della motilità si manifestano clinicamente con crisi dolorose spasmodiche, caratterizzandosi coll'assenza di dilatazione della pelvi. Perciò Legueu le aggruppa sotto il nome di ritenzioni pieliche funzionali, considerandole come i primi gradi dell'idronefrosi.

L'idronefrosi, secondo lo stesso autore, dovrebbe passare nella sua evoluzione, per le seguenti fasi: 1) Crisi di ritenzione acuta spasmodiche in una pelvi normale. 2) Alterazioni della motilità (iperchinesia e ritenzione cronica incompleta). 3) Perturbazioni della tonicità (dilatazione e distensione).

La suggestiva ipotesi di Legueu, basata sugli esami pieloscopici, richiede una maggiore conferma clinica e sperimentale. Non è provato in modo concludente che la ripetizione delle crisi spasmodiche in una pelvi normale, conduca fatalmente alla vera idronefrosi con dilatazione. Per conseguenza, è prematuro modificare il concetto attuale dell'idronefrosi, che considera la dilatazione come la lesione caratteristica e fondamentale del processo. Delle ritenzioni pieliche funzionali, senza dilatazione della pelvi, può farsi un gruppo a parte; poichè si tratta di disturbi funzionali che potranno o no condurre all'idronefrosi, e deve riserbarsi questa denominazione per quei casi in cui grande o piccola, ma evidente esista dilatazione della pelvi.

Le idronefrosi per alterazioni della tonicità muscolare possono esser d'origine congenita od acquisita.

Le recenti investigazioni sperimentali di Blatt, sembrano voler dimostrare che la peristalsi dell'uretere e della pelvi è regolata da centri automotori nevro-ganglionari, situati nell'avventizia della loro parete e che la lesione di quei centri dà luogo alla dilatazione pielo-ureterale per paralisi ed atonia della sua muscolatura.

Queste investigazioni costituiscono una base ferma e sperimentale dell'idronefrosi dinamica, e fanno sospettare, come disse Blatt, che non sia possibile unificare la patogenesi e la fisiopatologia delle diverse forme dell'idronefrosi, pensando che le loro differenti cause agiscono provocando una paralisi ed atonia della muscolatura pielo-ureterale per lesione dei suoi centri automotori.

* * *

Il trattamento dell'idronefrosi può esser radicale e conservatore. Il trattamento radicale è rappresentato dalla nefrectomia. Quello conservatore, dalla nefrotomia, la pielotomia, la nefropessia, l'enervazione del peduncolo renale, la sezione dei vasi accessorî, e dalle differenti operazioni plastiche. In quanto possibile, il trattamento conservatore dev'essere causale.

Un criterio eccessivamente radicale ha condotto molte volte ad estirpare dei reni idronefrosici con scarsa o punto alterazione funzionale. Attualmente s'inizia un'accentuata reazione a favore degli interventi conservatori, abbandonati durante alcun tempo, a causa dei loro risultati poco incoraggianti.

In genere, può dirsi che i grandi sacchi idronefrotici sono tributari del trattamento radicale, mentre che le piccole idronefrosi e le forme incipienti, dovrebbero soltanto essere scopo d'una terapeutica conservatrice.

Nell'idronefrosi di medio volume è dove si presentano le maggiori difficoltà per decidere in ogni caso se il trattamento dev'essere conservatore o radicale.

La decisione si baserà sull'accurata interpretazione dei seguenti fattori: 1) Il valore funzionale di ambedue i reni. 2) Il grado d'alterazione motoria della pelvi e dell'uretere. 3) La capacità di riparazione funzionale e motoria del rene ammalato. 4) La conoscenza della causa dell'idronefrosi.

In caso di dubbio, potrà giudicarsi, approssimativamente, della convenienza d'estirpare il rene oppure conservarlo, calcolando il suo valore funzionale dalla quantità di tessuto renale apparentemente sano esistente nel rene idronefrosico al momento dell'intervento.

La valutazione a priori del valore funzionale d'un rene idronefrosico, coi mezzi abituali (concentrazione ureica, cromocistoscopia, fenolsulfonftaleina) non ci permette di giudicare sulla sua capacità di rigenerazione; poichè non sempre vi è una relazione diretta tra il grado dell'alterazione funzionale e quello della lesione anatomica; in cambio, il grado dell'alterazione motoria della pelvi e dell'uretere e della loro possibile recuperazione dopo messa quest'ultima, mediante l'atto operatorio, in condizioni di vuotarsi più facilmente, possono esser calcolati coll'esame pieloscopico e coll'uroritmografia. Un certo grado di motilità, abbenchè deficente (ritenzione incompleta), costituisce un'indicazione del trattamento conservatore, se questo non fosse controindicato da altri motivi. L'abolizione della motilità (ritenzione completa) è un'indicazione della nefrectomia.

Asserita, in principio, l'indicazione del trattamento conservatore l'intervento da praticarsi varierà in ogni caso a seconda si conosca o no la causa produttrice dell'idronefrosi. Se la causa ci è nota, potranno essere indicate la nefrotomia o la pielotomia, in caso di calcolo; la sezione di una arteria accessoria, sola od associata alla pielo-ureteroneostomia (Wildbolz, Quinby); la nefropessia, se la dilatazione dipende da una mobilità anormale del rene; la ureteroplastica o il reimpianto dell'uretere, in caso di strettezza del collo ureterale.

Se non si è giunti a conoscere la causa, sarà indicata la nefropessia, associata o no all'ureterolisostosi; l'enervazione renale, come operazione palliativa per alleggerire o far sparire le crisi dolorose; la sezione di uno sperone, o la pielo-uretero-anastomosi laterale; la resezione della pelvi e la pieloplicatura, col fine, alle volte, di diminuire la capacità della pelvi distesa, ed altre di agevolare la sua evacuazione, perturbata dall'esistenza di propaggini dell'uretere ed aderenze tra questo e la pelvi, che benchè non siano la causa originaria dei disturbi, contribuiscono allo sviluppo dell'idronefrosi.

Nelle grandi idronefrosi, le quali nel loro sviluppo eccessivo scendono fino alla cavità della pelvi ossea, principalmente nei casi di reni distopici, può effettuarsi il trattamento conservatore mediante l'idronefrosi-cisto-neostomia.

In molti casi, le operazioni plastiche conservatrici dovranno associarsi tra di loro per conseguire un'azione terapeutica più perfetta, ed in tutti i casi si praticherà una nefropessia complementare per correggere la mobilità del rene, prodotta dalle manovre di isolamento ed esteriorizzazione.

Se, da un punto di vista teorico, le operazioni plastiche conservatrici sono giustificate, non succede lo stesso dal punto di vista sperimentale.

Le classiche esperienze di Alksne e quelle moderne di Blatt dimostrano che la sezione trasversale dell'uretere o la distruzione circolare della sua avventizia, alterano la coordinazione della sua peristalsi e danno luogo alla dilatazione del condotto al disopra della zona lesa.

D'altra parte, l'esperienza delle operazioni plastiche è ancora così scarsa, che non autorizza a raccomandarne l'impiego in un modo sistematico.

Perchè tutte od alcuna di queste operazioni possano essere adottate nella pratica corrente della chirurgia urologica, occorre riunire un maggior numero di osservazioni, che ci fornisca una più vasta informazione al riguardo, non soltanto dei suoi risultati clinici immediati, ma pure dei risultati lontani e definitivi, e giungere nei nostri attuali mezzi d'esplorazione ad un tale perfezionamento che ci permetta: 1) diagnosticare con più precisione la causa reale ed effettiva dell'idronefrosi in ogni caso; 2) calcolare a priori, tanto il valore attuale d'un rene, come il suo potere di ricuperazione secretiva ed escretiva.

Frattanto, l'opportunità di praticare le operazioni plastiche sarà stabilità, in parte, dal criterio personale del chirurgo, dal suo temperamento, più o meno intraprendente, ed a volte, dalla semplice ispirazione del momento.

Alla discussione presero parte numerosi soci; specialmente interessanti le comunicazioni dei proff. De Smeth (Bruxelles), Oreja (S. Sebastiano), Keyes (New York), Boeckel (Strasburgo), Marion, Chevassu e Pasteau (Parigi), Beer (New York), Santos (Lisbona), Wildbolz (Berna) e degli italiani Gardini e Perrucci di Bologna, che illustrarono delle osservazioni importanti di idronefrosi; Bruni di Napoli, che parlò specialmente delle piccole idronefrosi dolorose e della loro diagnosi e cura, Ravasini di Trieste, che illustrò il suo ricco contributo con bellissime projezioni di urografie coll'uroselectan, e Alessandri di Roma che discusse dell'importanza della pielografia e della pieloscopia, specialmente col nuovo metodo dell'uroselectan e riferì su numerosi casi di uronefrosi da vasi polari anormali e sulla loro cura.

* * *

Sugli antisettici urinari presentarono notevoli relazioni i dott. Jaeggy di Losanna e Pulido di Madrid. Ecco le conclusioni cui essi sono giunti:

Jaeggy. — Il relatore richiama l'attenzione sulla poca diffusione dei lavori apparsi sin'ora sugli antisettici urinari, fatto che ha reso il lavoro

ingrato. Insiste sull'importanza di fissare le indicazioni del trattamento medico delle infezioni ed esclude dal trattamento per via di medicamenti antisettici tutte le malattie che si complicano di ritenzione urinaria. Richiama pure l'attenzione sulla necessità di tener conto del modo d'infezione, e trattare, se possibile, il focolaio primordiale nel medesimo tempo. L'analisi chimica e microscopica delle orine deve essere completata da un esame batteriologico. L'acidità reale dell'orina (il pH) deve essere ricercata e controllata giornalmente durante tutto il periodo di cura. Il relatore indica un procedimento semplice e rapido per determinare l'indice reale d'acidità urinaria sia al capezzale dell'ammalato, sia nel gabinetto di consulto. Servendosi dei 3 indicatori seguenti: la fenoftaleina, il rosso neutro ed il rosso di metile, si può essere al corrente, secondo la colorazione, che prendono le orine, addizionate di detti prodotti, sul pH, in limiti che variano entro il 10 dalla parte alcalina ed il 4 dalla parte acida. Per i bisogni della pratica, si possono distinguere un'alcalinità forte e debole ed un'acidità debole, media e forte. Visto questo semplice procedimento, il controllo della reazione urinaria è alla portata d'ognuno. Questo metodo renderà pure servizio per controllare l'efficacia d'un regime o di certi prodotti amministrati allo scopo d'alcalinizzare o acidificare le orine.

I molti lavori consultati ci mettono davanti all'evidenza che il valore d'un antisettico urinario non corrisponde al suo potere battericida *in vitro*. La più gran parte di questi prodotti agisce piuttosto in una sfera d'azione umbrale, quali stimolanti dei mezzi di difesa, che quali battericidi diretti. I vecchi prodotti, come il salolo, l'urotropina, l'acido canforico, i balsamici, continuano a mantenere la loro acquistata posizione e non hanno potuto purtroppo essere rimpiazzati da nuovi prodotti. Fra questi ultimi gli *arsenobenzoli*, causa il loro potere quasi specifico sugli stafilococchi sono venuti ad arricchire il nostro arsenale terapeutico. Il *mercurocromo*, agente terapeutico di grande valore, ma non senza qualche rischio, deve essere riservato ai casi che hanno resistito ai prodotti meno pericolosi. Il *pyridium* si è dimostrato molto utile nelle cistiti post-gonorroiche, ed eccelle per le sue qualità calmanti.

Riassumendo, noi non conosciamo fra gli antisettici urinari alcuna panacea. L'importante è d'usare un antisettico, sia vecchio, sia moderno, con senno.

PULIDO (Madrid). — La scienza medica moderna ha fatto degli sforzi lodevoli per ottenere degli antisettici urinari efficaci, ma questi sforzi abbenchè coronati dal successo in casi isolati non hanno condotto a risultati uniformi, e può assicurarsi degli antisettici oggigiorno più correnti, che la loro fama sarà corta: di alcuni rimarrà il ricordo, dei più nulla. Nondimeno, sono interessanti come tappe nella strada del progresso, perchè traducono le idee terapeutiche del momento e rivelano la mancanza d'un criterio filosofico capace di giudicare il lavoro fatto fin'oggi ed orientare quello dell'avvenire. Nel migliore dei casi, l'antisettico aiuterà, ma mai sostituirà la natura. Nella guerra, che è la malattia, l'antisettico può essere paragonato all'esplosivo, e se le battaglie abbisognano, per vincersi, di molti fattori oltre all'impiego degli esplosivi, le guerre, per vincerle, abbisognano pure di molti fattori oltre le battaglie.

Negli organi urinari ammalati, per rimetterli in salute, sono necessari:

1) Il ristabilimento del corso libero dell'orina.
2) L'estirpazione del focolaio (foco) ammalato.
3) La collaborazione della natura.
4) L'aiuto dell'antisettico, se esiste per quella specie di germe.

Anche su questa seconda questione si svolse un'interessante discussione con comunicazioni di notevole importanza fra cui specialmente quelle dei proff. HOGGE di Liegi, YOUNG di Baltimora, che riferì sui risultati brillanti ottenuti coll'uso del mercuriocromo, di FULLER dell'Africa del Sud, di LASIO di Milano.

Sulla terza questione sono state presentate due esaurienti relazioni, una del dott. PEREARNAU di Barcellona ed una veramente completa e diligente anche per aver raccolto l'opinione di moltissimi chirurghi ed urologi del prof. OECONOMOS di Atene. Ne riportiamo brevemente le conclusioni:

Infezioni colibacillari dell'apparato urinario.

PEREARNAU (Barcellona). — Data l'estrema frequenza delle infezioni colibacillari dell'apparecchio urinario, abbiamo trattato soltanto di quelle prodotte primitivamente dal *bact. coli*, essendo indenne (almeno clinicamente) da ogni altra infezione o lesione.

Possiamo asserire in modo assoluto che nessuna parte del tratto urinario nè genitale offre alcuna condizione peculiare di resistenza al germe, perchè non possa essere invaso da esso; nonostante, sembra che a misura che si ascende dall'uretra al rene, l'infezione colibacillare sia più frequente.

Il colibacillo può senza dubbio penetrare dalle tre vie accettate per le infezioni urinarie in generale: diretta, ascendente e discendente od ematogena. Ma non c'è dubbio, dopo innumerevoli investigazioni, specialmente le più recenti, che come per la tubercolosi urinaria, la via discendente od ematogena è quella che prevale nella patogenesi dell'infezione colibacillare. L'origine intestinale, già da tempo osservata da infiniti clinici ed urologi e la sua estrema frequenza, è stata dimostrata da Roux e Heitz-Boyer principalmente, facendo uno studio impeccabile della sua grande importanza nella colibacillosi

La diagnosi della colibacillosi urinaria si basa quasi esclusivamente sull'esame isto-batteriologico dell'orina, tenendo conto della polimorfologia del colibacillo, tanto nell'orina come nel sangue.

La prognosi delle medesime, in generale, è benigna, poichè rare volte pone in pericolo la vita; ma, come è naturale, si sono non poche eccezioni, specialmente nelle forme *complicate* con *ostacolo orinario, chirurgiche* propriamente dette, non è benigna in quanto concerne l'evoluzione, poichè sono moltissime le colibacillosi che, col farsi croniche, si eternizzano, si ripetono, si acutizzano di tanto in tanto, o preparano il terreno per l'evoluzione di lesioni urinarie, che richiederanno l'intervento chirurgico. La stessa colibacilluria suol essere molto ribelle ad ogni trattamento.

Questo può dirsi che, in genere, è molto complesso. In vero razionalmente, per le forme di origine ematogena (realmente le più numerose, come abbiamo veduto), consisterà principalmente: 1) combattendo il focolaio originario, molte volte intestinale; 2) trattando debitamente la setticemia nei casi acuti e 3) nella terapeutica delle lesioni primarie che esistono.

Se non riesce tutto questo, secondo noi, ha luogo la vera indicazione della *vaccinoterapia* (auto-vaccinoterapia, tenendo conto del polimorfismo e varietà del colibacillo), e particolarmente il procedimento di Mauté (piuttosto: chemioterapia) di vaccino « alla soda ».

OECONOMOS. — L'infezione colibacillare dell'apparecchio urinario è d'importanza capitale per la sua frequenza, per le sue forme cliniche molteplici e diverse, per le sue complicazioni, per la sua diagnosi a volte difficile e per i suoi trattamenti molteplici e nuovi. Tra le diverse infezioni che minacciano l'organismo umano, come la sifilide, la tubercolosi, la malaria, l'infezione colibacillare rappresenta una delle principali, per la sua frequenza.

Dal punto di vista storico, quest'infezione comprende due periodi: un periodo di sola osservazione clinica, che viene dalla più alta antichità, e un periodo d'investigazioni microbiologiche, patologiche e terapeutiche, o periodo moderno, che nasce da Pasteur (1859), e specialmente nel 1884, epoca in cui Escherich scoprì il colibacillo.

Il colibacillo è un microbo polimorfo, che ha diverse razze e vive come saprofito costante nel tubo digestivo; si moltiplica particolarmente col caldo.

In certe condizioni (stasi fecale, viziamenti del chimismo intestinale, aumento di virulenza del colibacillo, associazione microbica) segrega tossine, altera l'epitelio intestinale e il colibacillo passa nel sangue. Determina una setticemia, nel corso della quale può localizzarsi, in grazia alla stasi urinaria, sul rene, gli ureteri, la vescica, la prostata, le vescicole seminali, la uretra, ecc., dando allora tutta la scala delle infezioni urinarie.

L'origine dell'infezione colibacillare dell'apparecchio urinario è spesso un'affezione dell'intestino, più particolarmente, la ritenzione fecale e i parassiti intestinali. La ritenzione fecale origina col tempo, al di sopra dell'ostacolo, erosioni o ulcerazioni intestinali che permettono ai colibacilli di penetrare nella parete intestinale, creando la tossi-infezione colibacillare. La ritenzione urinaria costituisce la parte principale per localizzare questa tossi-infezione colibacillare su tutto l'apparecchio urinario.

Dal punto di vista sperimentale, il colibacillo agisce specialmente per le sue tossine, che sono tanto più nocive quanto più vecchie.

Il colibacillo segue ordinariamente la via ematogena in una tappa o piuttosto in due, cioè segue prima i vasi linfatici, che sboccano, finalmente, tutti dalla cisterna di Pecquet al torrente circolatorio.

L'infezione colibacillare dell'apparecchio urinario si manifesta clinicamente in forme diverse e varie (nefrite, pielonefrite, pionefrosi, ascessi corticali del rene, flemmoni perirenali, cistite, pericistite, uretrite, periuretrite, prostatite, forme acute e croniche, ecc.).

Può determinare complicazioni su tutto l'organismo.

La diagnosi deve basarsi sullo studio accurato dei sintomi funzionali e generali, sull'esame metodico e completo del malato, e sulle ricerche del bacillo coli nell'orina, sangue e nelle secrezioni patologiche.

Per fare la diagnosi esatta della sede della colibacillosi urinaria è indispensabile esplorare metodicamente e accuratamente tutto l'apparecchio urinario. Egualmente, l'esplorazione accurata dell'apparecchio digestivo è l'unica cosa che ci scoprirà il focolaio primitivo della colibacillosi urinaria e mostrerà la causa di questa infezione.

Non vi sono infezioni colibacillari dell'apparecchio urinario senza stasi dell'orina; ma spesso questa stasi è molto leggera oppure è molto difficile da scoprire; a volte passa inosservata.

Il trattamento della colibacillosi urinaria deve essere diretto: 1) alla stasi; 2) alla infezione propria e 3) al focolaio iniziale dell'infezione.

Nella colibacillosi urinaria *con ritenzione evidente* bisogna combattere questa coi mezzi appropriati e l'infezione col siero anticolibacillare di Vincent.

Nella colibacillosi urinaria *senza ritenzione evidente* si procurerà: 1) un trattamento intestinale (dieta, nujol, irrigazioni, trattamento appropriato della ritenzione fecale, ecc.); 2) un trattamento urinario (dieta, colargola per bocca, alternando con salolo associato al blu di metilene, lavaggio delle vie urinarie, ecc.); 3) un trattamento dell'infezione col siero anticolibacillare di Vincent.

Anche su questo tema si svolse un'ampia discussione cui portarono in modo speciale contributi notevoli i proff. YOUNG di Baltimora, CHEVASSU, LEGUEU, PASTEAU e JANET di Parigi, ALESSANDRI di Roma, che riportò 28 casi studiati in modo completo nella sua clinica accennando alle varietà del b. coli, emolitico e non emolitico, all'associazione con altri germi, specialmente stafilococchi e streptococchi, al concetto del b. coli come virus d'uscita, e alla cura assai difficile nelle pieliti, con qualunque mezzo, efficace invece nei casi gravi, che però richiedono la nefrectomia, riferendo un caso in cui per l'esistenza di un uretere bifido si potè fare un'eminefrectomia.

* * *

In una seduta speciale furono presentati dal dott. REGINALDO SANTOS di Lisbona delle interessantissime *films* di arteriografia dei reni ottenute coll'iniezione di liquido opaco direttamente nell'aorta, e vennero projettate cinematografie di operazioni dal prof. THOMSON WALKER di Londra (prostatectomia trasvescicale, litolapassi) e dal prof. ALESSANDRI di Roma (nefrectomia per tubercolosi, pielolitotomia): queste eseguite dall'Istituto Luce furono specialmente notate per la nitidezza e la precisione delle immagini.

* * *

Il 5° Congresso avrà luogo a Londra nel 1933, e i temi proposti per la discussione sono: l'urografia per via discendente, i tumori della pelvi e dell'uretere, e le lesioni del collo vescicale ad esclusione dell'ipertrofia della prostata.

A.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

L'esagerata valutazione etiologica degli streptococchi.

Il reumatismo, la corea e la scarlattina sarebbero causati, secondo E. Leschke (*Münch. med. Woch.*, n. 15, 11 aprile 1930), dagli streptococchi alla stessa guisa che la grippe; rientrerebbero cioè nel quadro morboso di tali malattie solo accidentalmente, esercitando tuttavia un influsso diverso nel loro ulteriore decorso.

Il reumatismo vero e proprio, caratterizzato da una granulomatosi specifica, dipende da una infezione fin qui non conosciuta, non trasmissibile agli animali. Deve quindi essere ben distinto dalle altre malattie reumatoidi infettive, e specialmente da quelle che hanno punto di partenza da una infezione focale.

La scarlattina si distingue per le sue particolarità epidemiologiche e cliniche dalle streptomicosi. All'inizio, infatti, come pure nei casi a decorso fulminante, gli streptococchi vengono non di rado a mancare. Le complicazioni, provocate da infezione streptococcica mista, nonchè le trasmissioni da queste, si distinguono dalle altre infezioni streptococciche alla stessa guida con la quale i cosidetti « streptococchi della scarlattina », produttori di tossine, possono venire con facilità distinti con mezzi serologici e culturali dagli altri streptococchi emolitici virulenti.

L'azione curativa del siero antiscarlattinoso non rappresenterebbe quindi una dimostrazione per l'etiologia streptococcica della scarlattina; mentre il suo uso è giustificato dal fatto che il còmpito fondamentale del medico è quello di combattere le pericolose infezioni streptococciche miste.

La facoltà di adattamento degli streptococchi alle variabili condizioni immunitarie degli uomini ne provoca la straordinaria importanza come virus epidemico e delle infezioni miste, e come agente patogeno delle streptomicosi fluttuanti individualizzate da R. Freund.

M. FABERI.

L'origine intestinale della colibacilluria.

Gaudy (*Le Scalpel*, 22 giugno 1929) riporta tre casi di colibacilluria in cui il trattamento locale dell'apparato urinario (lavature della vescica e del bacinetto) era rimasto inefficace, mentre invece la colibacilluria scomparve quando, in due casi, vennero eliminati dei lombrici e, nell'altro, dopo l'ablazione dell'appendice malata.

L'A. ha avuto l'occasione di osservare gran numero di colibacillurie; molte sono guarite con mezzi anodini, in pochi giorni o poche settimane, altre sono state del tutto resistenti malgrado le vaccinazioni e le istillazioni nel bacinetto. Ogni qual volta, però, è stata fatta la diagnosi dell'origine intestinale e si è applicata una terapia adatta (meglio se chirurgica) la colibacilluria è scomparsa rapidamente.

La colibacilluria va quindi, spesso, considerata non già come una entità nosologica, ma come un sintoma, per lo più indicante una malattia intestinale e va trattata in conseguenza.

L'A. si dimostra scettico, e non a torto, a proposito delle vaccinazioni anticolibacillari, specialmente per via orale, di cui ora si esagera nell'applicazione.

fil.

SEMEIOTICA.

La diagnosi precoce di gravidanza, corion-epitelioma e mola idatiforme, per mezzo della prova di Aschheim-Zondek.

Premessa la descrizione esatta della tecnica per eseguire tale prova, S. Aschheim (*Americ. Journ. of Obst. a. Gynec.*, XIX, n. 3, marzo 1930) dimostra, sulla base di centinaia di prove, che le donne gravide eliminano con le urine grandi quantità di ormone ipofisario.

L'iniezione di simile urina induce nel giovine topo-femmina la formazione di corpi lutei e provoca emorragie dell'ovaio.

La prova è positiva nel 98 per cento dei casi, sì da costituire un metodo ottimo per la diagnosi di gravidanza.

Nella gravidanza ectopica e nell'aborto, la prova resta positiva fino a quando del tessuto fetale vivente è a contatto biologico col sangue materno. E' stata inoltre trovata fortemente positiva nella mola idatidea e nel corionepitelioma.

Tali fatti sono esposti con maggior dettaglio scientifico dall'autore stesso in un altro articolo (*Die Mediz. Welt*, n. 14, 5 aprile 1930), nel quale sono presi in considerazione i rapporti esistenti tra gli ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi ed i genitali muliebri, riassumendo anche tutti i dati conosciuti circa la funzione di questo importantissimo organo.

M. FABERI

Diagnosi etiologica delle perdite di sangue in gravidanza.

La perdita di sangue può essere dovuta alla persistenza dei mestrui, fatto raro, ma incontestabile; vi sono, di fatto, delle donne che hanno in gravidanza delle perdite periodiche mensili, ben difficili da distinguere dai mestrui.

Per le perdite della prima metà della gravidanza, P. Guéniot (*La médecine*, aprile 1929) consiglia di eliminare:

1) l'aborto in atto o minacciante;

2) i traumatismi sul collo o sull'utero specialmente quelli fatti per provocare l'aborto;

3) la gravidanza ectopica, tubaria, in cui l'esame genitale rivela, accanto all'utero poco aumentato di volume, l'esistenza di una tu-

mefazione annessiale adiacente, in una donna con interruzione di mestrui;

4) la gravidanza angolare, che si accompagna spesso nei primi mesi a scoli sanguigni; diagnosi difficile con la gravidanza tubaria;

5) la mola idatiforme, che si può sospettare dall'eccesso di volume dell'utero, più grosso dell'età presunta della gravidanza.

La massima parte delle perdite di sangue nei primi mesi della gravidanza non è dovuta all'endometrite — impropriamente detta gravidica — ma a lesioni della mucosa uterina preesistenti alla gravidanza, dapprima silenziose, ma messe in evidenza dalla congestione dell'apparato genitale durante la gravidanza. Si osservano tutti i gradi, da poche macchie di sangue, a perdite continue.

Le perdite di sangue si hanno talora inframezzate da scoli sierosi leggermente rosei, noti col nome di idrorrea deciduale. L'esistenza di tali scoli è un buon segno per diagnosticare l'endometrite in gravidanza.

Fra le cause abituali delle metrorragie nei primi mesi di gravidanza, non si trovano quelle che sono più comuni al di fuori della gravidanza (fibromiomi uterini, cancri dell'utero, salpingo-ovariti).

La gravidanza coesiste raramente con un cancro. I fibromiomi e le annessiti non provocano emorragia durante la gravidanza.

fil.

CASISTICA.

Epilessia traumatica consecutiva a una ferita da proiettile.

J. C. Vivaldo (*La Prensa Medica Argentina*, n. 25, 1929) riferisce il caso di un ragazzo di 13 anni, il quale aveva tentato suicidarsi con una pistola sparandosi un colpo alla regione fronto-parietale destra. Il proiettile era penetrato nella scatola cranica ma non era stato praticato alcun intervento per tentare l'estrazione. Al momento del trauma il p. aveva perduto la coscienza, e solo dopo vari giorni aveva ripreso a riconoscere i famigliari.

Tre mesi dopo dal tentato suicidio, il p. cominciò a soffrire di attacchi epilettici classici, che dapprima distanziati, si fecero in seguito sempre più violenti.

Fin dall'età di 10 anni il p. soffriva di facili svenimenti passeggeri e dal punto di vista psichico, aveva lasciato sempre molto a desiderare.

Il ripetersi degli attacchi epilettici aveva contribuito a debilitare lo stato psichico, oltre a ciò era divenuto aggressivo, impulsivo e disobbediente.

Dallo attento studio del presente caso, l'A. trae alcune considerazioni e cioè:

1) ogni ferita o trauma cranio-encefalico può dar luogo ad un'epilessia parziale o generalizzata ed in alcuni casi, come è stato visto anche da altri autori, un'epilessia che si inizia per crisi parziali e che poi si trasforma in epilessia generalizzata;

2) nell'insorgenza dell'epilessia traumatica, molta importanza ha la regione cerebrale colpita dal trauma.

Delle zone che hanno capacità epilettogena, vi è disaccordo fra gli AA. quale sia quella più spesso in causa, nonostante le osservazioni di epilessie traumatiche riguardino tutte le zone, con una percentuale più o meno alta.

Ad ogni modo quando vi è lesione del lobo frontale, esistono sempre anche manifestazioni di ordine psichico;

3) rapporto di tempo fra le ferite ed i traumi cranio-encefalici e l'inizio degli attacchi convulsivi.

Dal punto di vista medico-legale ciò è di grande valore, ma dalle osservazioni fatte ancora non è stato possibile stabilire detti limiti in modo esatto. Vi sono infatti casi in cui l'epilessia è insorta dopo 1 anno, ed altri anche dopo 10 anni dal trauma; nel caso dell'A. gli attacchi si erano iniziati, dopo tre mesi, nonostante non fosse stato fatto alcun intervento. Ciò è importante a rilevarsi, poichè alcuni specialisti sono contrari all'intervento, sostenendo che le manovre di estrazione del corpo estraneo possono lesionare di più e predisporre una sclerosi maggiore di quella che abbia creato il processo di cicatrizzazione della ferita del proiettile.

In tali circostanze perciò i periti debbono agire sempre secondo coscienza, tenendo conto ad ogni modo di tutti i dati e degli antecedenti;

4) perchè il trauma dia origine a manifestazioni epilettiche, è necessaria l'esistenza di un terreno costituzionale.

Osservando le statistiche di feriti e traumatizzati cranici, si vede che solo una parte di questi diventano epilettici, parziali o totali. Alcuni autori hanno perciò pensato che perchè si determini l'epilessia, è necessario un terreno costituzionale eccitabile, vale a dire occorre che nel paziente esistano tare ereditarie (lues, alcoolismo, ecc.). Gli individui così tarati, reagiscono senza dubbio sfavorevolmente sia contro gli agenti esterni (infezioni, traumatismi, ferite) che contro gli agenti interni (tossine intestinali, squilibri neuro-endocrini) ed è perciò che allorchè una zona cranio-encefalica è colpita, facilmente si formano focolai epilettogeni, con risultato finale in una epilessia parziale o generalizzata. A. P.

Cefalee dell'adolescenza.

Dopo avere escluse le cefalee sintomatiche di malattie infettive acute, o a sede cranica o generali, e quelle da aumentata pressione endocranica per processi neoplastici che restano pur sempre nel gran numero di cefalee che si possono chiamare semplici e che dipendono da fattori svariati, De Benedetti (*Clin. ed Igiene infantile*, n. 11, 1929) dice che di fronte a queste si deve indagare anzitutto sul *tenore di vita*: gli eccessi di qualsiasi genere possono direttamente o indirettamente costituire il *pri-*

mum movens della cefalea: la sedentarietà prolungata, la mancanza di esercizio muscolare, il lavoro mentale eccessivo, il soggiorno prolungato in camere male aereate e soprariscaldate, ecc.

Si pensi poi allo *stato funzionale del tubo gastro intestinale*: per errori, eccessi di alimentazioni, ipocloridria, stipsi, anafilassi alimentare.

Si faccia poi un accurato esame del *cavo naso-faringeo*: specie per le vegetazioni adenoidi esuberanti.

Non si dimentichino i *disturbi oculari*: anomalie di accomodazione e rifrazione, miopia, astigmatismo, ipermetropia.

Talora sono in causa *squilibri endocrini*: ipofunzione tiroidea, o eccessi di funzionalità ipofisaria. In questi casi pare che si abbiano vantaggi con cure opoterapiche.

Si devono sempre *esaminare le urine*, e cercare di indagare sulla possibilità di una eredo lues. Bisogna essere molto cauti prima di ammettere l'origine isterica della cefalea che però può realmente esistere. L. Tonelli.

L'anosmia.

L'anosmia, perdita transitoria o definitiva dell'odorato, può riconoscere come cause: 1) un ostacolo meccanico che devia la corrente respiratoria dalle sue vie normali; 2) delle lesioni tossiche od infettive della zona olfattiva (vapori irritanti, irrigazioni nasali ripetute, influenza, sifilide, ozena); 3) delle lesioni nervose centrali (tabe, atrofia senile del nervo olfattivo, traumi della base cranica).

L'anosmia è abitualmente compagna a disturbi del gusto; essa può avere grado diverso nelle due fosse nasali. In generale, l'anosmia che dura da oltre due anni deve essere considerata come incurabile a meno che non si tratti di disturbo meccanico.

Le anosmie meccaniche richiedono un intervento chirurgico: resezione sottomucosa del setto; resezione di creste o di cornetti, ablazione di polipi, che diano alla corrente respiratoria le sue curve fisiologiche.

Le altre, siano tossiche, infettive o nervose sono più ribelli al trattamento. Si farà sempre prognosi riservata e si consiglierà:

1) Soppressione dei vapori irritanti, delle irrigazioni nasali, delle prese (di tabacco, di cocaina).

2) Rieducazione nasale funzionale (docce d'aria sotto pressione, esercizi respiratorii).

3) Rieducazione olfattiva (mediante una gamma di odori adatti).

4) Eccitazione del nervo olfattivo mediante le seguenti polveri:

a) Allume polverizzato, Canfora polverizzata, ana cg. 25; Iride polverizzato, cg. 50; Caffè torrefatto e polverizzato, g. 10. Da prenderne quattro prese al giorno;

b) Solfato di stricnina, cg. 10; Polvere di iride, cg. 50; Lattosio, g. 10. Due prese al giorno.

5) E. Feldstein (*Journ. des praticiens*, 11 maggio 1929) ha grande fiducia nelle docce endonasali di acido carbonico, mediante un apparecchio speciale o meglio una cura in stabilimenti idroterapici adatti; per la Francia egli consiglia Mont-Doré, in cui la doccia gassosa è composta di acido carbonico naturale e di azoto. *fil.*

Su alcuni disturbi labirintici residuati alle rachianestesie.

E. Pallestrini (*Rivista oto-neuro-oftalmologica*, dicembre 1929) pubblica un articolo di indubbio valore per il chirurgo. Egli ha potuto rilevare che, dopo rachianestesia novocainica eseguita con « barbotage » della soluzione anestetica possono residuare turbe labirintiche di notevole gravità che si possono poi protrarre anche per qualche mese.

I disturbi consistono principalmente in attacchi di vertigine, con reazione di nistagmo anormale, e passano per 3 differenti stadi che possono essere classificati: 1) stadio iniziale o d'insorgenza; 2) periodo di stato; 3) periodo di risoluzione.

L'A. cerca inoltre di interpretare l'insorgenza di questi fenomeni e crede che debbano attribuirsi a fatti tossici bulbari, ad esplosioni accessuali per contemporanei disturbi vasomotori bulbari.

Non sembra che la composizione dello anestetico abbia importanza ma che piuttosto si debba prendere in considerazione la tecnica della iniezione evitando il « barbotage ».

Filippa.

TERAPIA.

L'irudinazione nel trattamento abortivo delle flebiti acute.

Secondo Termier (*Gazette des hôpitaux*, 20 novembre 1929), l'irudinazione va tentata all'inizio delle flebiti, in quanto che nello stadio più avanzato, quando si ha già l'obliterazione venosa, essa sarebbe inefficace.

Alcuni chirurghi, pure ammettendo i buoni risultati del metodo, contestano che si abbia realmente un'emofilia ed attribuiscono il successo al fatto che le flebiti sono diagnosticate più precocemente e che esse sono sottoposte prima all'immobilizzazione e ad altri trattamenti.

L'A. però non immobilizza che raramente e non fa trattamenti di sorta, tranne l'applicazione di sanguisuga. Oltre ad un'emofilia, sia pure incompleta, si provoca in tal modo anche una fibrinolisi leggera che ha influenza soltanto sopra un coagulo di formazione recente; una leucocitosi con mononucleosi, che esalta il potere battericida del sangue ed una vaso-dilatazione che si oppone allo spasmo vascolare.

La dilatazione del diametro vasale e la mancata formazione del coagulo spiegano i buoni risultati, specialmente la scomparsa del dolore e degli edemi. *fil.*

La radioterapia nel morbo di Raynaud.

Borak (*Wiener med. Wochens.*, 1929, n. 17) osserva che, il morbo di Raynaud può trarre reali vantaggi dalla radioterapia. Quando sia interessato l'arto superiore, l'irradiazione va praticata in corrispondenza del segmento cervicale inferiore e dorsale superiore della colonna vertebrale, mentre nel caso di lesioni alle dita dei piedi, la si farà alla colonna lombare media ed inferiore.

Il miglioramento si verifica, di solito, dopo 8-15 giorni e si palesa con l'attenuazione dei fenomeni subbiettivi.

Dopo la prima serie di irradiazioni, si fa un periodo di riposo di 3-4 settimane, durante le quali il miglioramento si consolida maggiormente. In seguito, si pratica una seconda serie di irradiazioni e, nei casi gravi, anche una terza, allo scopo di rendere stabili i risultati e di evitare le recidive, che sono tanto frequenti in tale malattia.

Gli individui così trattati dall'A., hanno potuto sopportare bene il rigido inverno dello scorso anno e mettere le mani nell'acqua senza incomodo. Molto probabilmente, tale terapia agisce sui centri simpatici del midollo, il che sarebbe una prova che il morbo di Raynaud è di origine midollare. *fil.*

VARIA.

I sociogrammi.

Il cervello, oltre alla funzione regolatrice di tutto il sistema nervoso, ha la funzione dello psichismo, che consiste nel regolare le relazioni dell'uomo con il mondo esterno, compresi tra questo i suoi simili. Questa è una funzione schiettamente sociale.

Laignel-Lavastine rileva l'importanza di precisare i precedenti sociali dell'individuo per determinare la personalità psichica dell'individuo, per fissare i sociogrammi, i rapporti tra le tendenze individuali ed i caratteri dell'ambiente sociale.

Le variazioni del livello sociale hanno una grande importanza in rapporto alla rivelazione delle tendenze naturali dell'individuo. Il porsi in evidenza di un uomo superiore o d'un genio dipende dalla felice coincidenza tra le tendenze del personaggio e quelle dell'ambiente capace di metterle in valore. Si tratta quindi di complesso psico-sociale.

Quando gli ambienti sociali permettono una efflorescenza patologica di certe tendenze, si hanno le epidemie psichiche, come quelle del medio evo, i fenomeni orgiastici che si sono verificati in alcune civiltà anche le più razionaliste, come quella greca. All'epoca nostra, sopratutto dopo la guerra, in relazione all'affioramento nella coscienza di riflessi istintivi elementari, si sono avuti dei ritorni mistici, spiritici, teosofici e simili. La legge degli infortuni sul lavoro ha prodotto la sinistrosi.

Anche le reazioni morbose si modificano nel corso del tempo. Dopo la guerra sono riapparse forme neurologiche mai più vedute.

Le modificazioni in rapporto ai luoghi sono evidenti. La mestruazione è tanto più precoce quanto più ci si avvicina all'equatore. Alla stessa latitudine la mestruazione è più precoce nei grandi centri che nelle campagne.

Analogamente si osservano alterazioni organiche consecutive alle modificazioni sociali. Lo sviluppo del macchinismo ha per molteplici ragioni influito dannosamente sulla salute degli operai.

Vi sono modificazioni del sociogramma che risentono l'influenza del vivere in ambienti più o meno confinati o più o meno selezionati. Nelle prigioni si hanno speciali disturbi psichici, le così dette psicosi penitenziarie. Analogamente nei conventi si hanno epidemie psicotiche. Lo spirito di corpo è l'espressione dell'ambiente relativamente limitato.

La guerra è nelle attuali condizioni della civiltà una malattia sociale. Essa provoca l'inibizione delle funzioni sintetiche superiori in relazione ad uno scatenamento istintivo formidabile che fa affiorare riflessi e tendenze primitive. E' perciò che dopo la guerra segue un periodo nel quale domina Afrodite, scoppiano epidemie più o meno prolungate di danzomanie. Analoghe modificazioni produce la guerra civile, come durante la rivoluzione francese dell'89 e la recente rivoluzione russa.

La determinazione del sociogramma importa innanzi tutto lo studio dell'ambiente familiare. Al riguardo hanno grande importanza lo stato del soggetto di fronte ai genitori, se si tratta cioè di un figlio naturale o legittimo, le perturbazioni familiari in relazione allo stato economico e culturale, ai rapporti affettivi dei genitori. La miseria, i contrasti familiari hanno una notevole influenza sulle condizioni psichiche del soggetto.

Seguono in ordine d'importanza l'ambiente geografico (pianura, montagna, mare), l'ambiente demografico (città o campagna), l'abitazione, lo stato economico, le occupazioni, lo stato civile, la religione, il servizio militare, gli sports.

Tutti questi dati hanno importanza non solo per l'influenza che le varie condizioni esercitano sul soggetto, ma anche per lo studio del modo con il quale il soggetto stesso ha reagito ad esse.

Mediante il sociogramma si stabilisce la figura psicologica, che costituisce il legame geometrico della biologia con la sociologia.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Istruzioni per l'esercizio ostetrico delle levatrici.

Con decreto ministeriale 17 maggio 1930, pubblicato nella *Gazz. Uff.* 26 maggio n. 123, sono state approvate particolareggiate istruzioni per l'esercizio ostetrico delle levatrici in relazione all'art. 7 del R. D. 6 dicembre 1928 n. 3318.

Questo decreto sarà integralmente riportato nella Rivista « Il diritto pubblico sanitario »; segnaliamo qui le disposizioni più importanti, concernenti i rapporti con l'assistenza del medico chirurgo.

« La levatrice, durante la gestazione, deve spiegare opera per convincere la gestante, specialmente se primigravida, a richiedere l'esame e il consiglio di un medico e, dove possibile, quella di un ostetrico. In caso di parto lontano, la levatrice deve far presente la necessità di una ulteriore sorveglianza nella gestazione e, qualora constati irregolarità nella gravidanza, consigliare la visita da parte del medico o meglio dell'ostetrico, come è prescritto dalla legge (art. 10 della legge 23 giugno 1927 n. 1060). La minaccia di aborto e l'aborto in atto richiedono sempre l'intervento del medico, al quale soltanto compete lo stabilire le cure e la levatrice, nel caso in cui non sia presente alcun pericolo, rifiuterà le sue cure qualora non intervenga il medico » (art. 2).

L'art. 3 regola il contenuto e l'uso della busta ostetrica; gli art. 4 e 5 stabiliscono le norme tecniche che la levatrice deve osservare durante l'assistenza al parto.

Operazioni vietate alla levatrice: « Fermo restando il divieto, portato dall'art. 1 del Regolamento 6 dicembre 1928, n. 3318, per le operazioni che richieggono l'uso di strumenti chirurgici, *è del pari vietato* alle levatrici:

1) di dar cure per l'aborto;

2) di eseguire la riduzione dell'utero gravido retroverso o retroflesso;

3) di eseguire la episiotomia, e ciò anche perchè si richiede per essa l'uso di strumenti chirurgici, vietato in via generale alla levatrice;

4) di eseguire il rivolgimento fetale per manovre interne o miste, tanto nelle presentazioni cefaliche che in quella di spalla, tanto in donna sana, che in donna malata;

5) di eseguire il secondamento artificiale o di estrarre parte degli annessi fetali ritenuti;

6) di fare tentativi di dilatazione del collo dell'utero neppure allo scopo di facilitare il parto;

7) di praticare lo zaffamento dell'utero;

8) di praticare la riduzione dell'utero inverso, a meno che sia impossibile assolutamente ottenere l'intervento del medico. In questo caso del tutto eccezionale la levatrice deve sempre aver presente la rsponsabilità, alla quale andrebbe incontro per la non facile e pericolosa tecnica e dovrà astenersi da essa ai primi infruttuosi tentativi. L'attesa del medico potrà esser meno pericolosa;

9) di eseguire la recisione del frenulo della lingua, inutile e pericolosa pratica per solito, la quale, se necessaria, deve essere affidata alla responsabilità del medico. Ricordi la levatrice che un neonato può morire per la recisione emorragica del frenulo linguale » (articolo 6).

L'art. 7 indica le operazioni consentite alla levatrice. L'art. 8, concernente l'assistenza dopo il parto, prescrive fra altro che la levatrice « deve trattenersi ancora presso la puerpera nei casi normali almeno due ore, sorvegliando particolarmente la permanente retrazione emostatica del corpo uterino. Nei casi che anche lievemente si allontanino dalla normalità, per condizioni generali o genitali comunque irregolari, la levatrice non deve lasciare la puerpera sino a che non sia autorizzata dal medico, la cui presenza deve essere subito richiesta ».

L'art. 9 regola l'assistenza durante il puerperio, anche e specialmente *per gli eventuali primi segni di sepsi, per i quali deve essere sempre richiesta l'opera del medico.*

« Nei casi di temperatura febbrile sorta nei primi giorni di puerperio o tardivamente; nei casi di polso frequente, oltre le ottanta battute al minuto primo; nei casi di lochiazione di odore grave o troppo a lungo ematica o in qualunque modo anormale, la levatrice dovrà (a norma dell'art. 2 del Regolamento, per l'esercizio ostetrico delle levatrici, 6 dicembre 1928, n. 3318) chiamare il medico per suo stretto obbligo a fine di non incontrare le più gravi sanzioni della legge ».

Gli art. 10 a 14 disciplinano l'attività della levatrice per l'assistenza al neonato.

Prescrive, infine, l'art. 15: « Per i provvedimenti da prendere in caso anche semplicemente sospetto di *infezione puerperale*, la levatrice dovrà tassativamente attenersi alle disposizioni del Regolamento sull'esercizio ostetrico. Il più piccolo elevamento della temperatura ascellare della puerpera, misurata ogni giorno — come è suo dovere — deve provocare la immediata chiamata del medico. Così la puerpera deve essere visitata dal medico per ogni altra irregolarità (dolori uterini eccessivi od altri, scarsità oppure odore grave dei lochi, metrorragie in puerperio, ecc.).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Difficoltà professionali.

Si deve riconoscere che l'esercizio della professione medica si fa sempre più difficile. Si tratta di difficoltà dipendenti da due ordini di fatti: l'estensione dello scibile medico, la diffusione della cultura generale.

Un giovane licenziato ora dalle Università deve saperne molto di più di un medico insigne del secolo scorso. Tutte le scienze che costituiscono i pilastri della medicina hanno fatto passi giganteschi, e lo studio accurato di ciascuna di esse richiede anni di studio. La clinica si è arricchita di quadri nosologici una volta sconosciuti. La semeiotica dispone di mezzi d'indagine complessi e delicati. La terapia è diventata farraginosa.

L'aumento del catalogo delle sindromi morbose impone una maggiore somma di conoscenze, una più lunga pratica, un più acuto sforzo discriminativo. Una volta le entità morbose ben individuate e descritte non erano molte, ed esistevano forme cliniche indefinite alle quali riusciva comodo attribuire molti malanni. Valga al riguardo ricordare come il miserere serviva ad indicare una gran quantità di malattie addominali acute.

I perfezionamenti dell'indagine semeiotica hanno reso grandi servizi alla clinica, hanno per molti aspetti agevolato il compito del medico, ma lo hanno reso molto più difficile sotto certi riguardi ed in certe condizioni, e ne hanno senza dubbio accresciute le responsabilità.

Oggi non è più possibile fare la clinica affidandosi esclusivamente al proprio orecchio, alle proprie dita, al proprio intuito. Occorrono indagini microscopiche, batteriologiche, sierologiche, chimiche, radiologiche, la cui scelta costituisce per se stessa un problema e la cui interpetrazione richiede vaste conoscenze.

Tutti questi mezzi d'investigazione sono molto utili per concretare la diagnosi, ma sotto certi punti di vista rendono più imbarazzante il contegno del medico. Una volta, affidandosi al risultato dell'esame diretto, il medico se la cavava con una diagnosi, che poteva essere più o meno errata, e che poteva essere più o meno soddisfacente a seconda la prognosi che importava. Oggi occorre essere prudenti e riservati, perchè una diagnosi di tal genere corre il rischio d'essere smentita da esami speciali. La reputazione del medico è esposta così a maggiori pericoli.

Non minori difficoltà offre la terapia. Orientarsi nella farragine di prodotti farmaceutici che l'industria versa sul mercato non è agevole. La suggestione della propaganda reclamistica fatta con sottile abilità può far deviare dalla scelta del medicamento giusto, e far tentare medicamenti che quando non sono per se stessi nocivi, lo diventano per il tempo che fanno perdere nella cura del malato. A tutto ciò occorre aggiungere l'azione della pubblicità fatta direttamente al pubblico. Non c'è malato cronico che non abbia applicato al suo caso le indicazioni di medicamenti decantati sui giornali politici e sugli ebdomadari di lettura amena. Al medico tocca la fatica di persuadere l'illuso della inutilità o del danno degli intrugli buoni a curare tutte le malattie e che tanto più sono apprezzati quanto più costano.

D'altra parte gli indirizzi terapeutici subiscono frequenti oscillazioni, le cui escursioni devono essere seguite attentamente per non correre il rischio di trovarsi fuori tempo.

Si aggiunga che molti metodi moderni importano pericoli, che possono compromettere la reputazione di medici sperimentati e stimati. Gli accidenti da siero e da arsenobenzoli sono al riguardo gli esempi più impressionanti.

Per altro tutta l'attività del medico è oggi attentamente vigilata. Egli è sempre sotto il controllo di colleghi e del pubblico, che oggi sa e discute. Questo controllo ha certamente effetti benefici in quanto obbliga il medico ad una maggiore ponderazione, ma costituisce sempre una causa di ansie e di perplessità. Tanto più che il controllo non è sempre sereno, e la critica è spesso facile e maligna.

Tutti hanno potuto sperimentare quale soddisfazione procuri poter sorprendere in fallo i colleghi, o quanto meno dirne male anché a torto. Ed i colleghi sono tanti e così inaspriti dal numero stesso, che questa specie di frenesia demolitrice non ha più limiti. In quanto al pubblico è riconosciuto che la sua maggiore cultura non ha attenuato, anzi ha esasperato la tendenza ad attribuire al medico tutte le malefatte delle malattie.

Questa maggiore cultura del pubblico, per altro, impone frequentemente uno sforzo didattico non indifferente ed una perdita di tempo che non va messa nel conto. Si deve spiegare al malato o ai familiari perchè si tratta di questa e non di quella malattia, come la malattia si è contratta, come si svolge, quali ne sono le complicazioni, perchè è indicata una medicina e non quella indicata dai manifesti murali o che il consulente medico dei giornali politici indica quotidianamente al colto ed all'inclita.

E tutto ciò non si limita alle regolari consultazioni fatte a domicilio o nel proprio gabinetto. Dovunque il medico si trovi o si cacci per dimenticare di essere medico, dovunque c'è qualcuno che gli ricorda il proprio stato. Per la strada, sul tram, in ferrovia, al cine-

matografo, al teatro, c'è qualcuno che deve anesacerbargli lo spirito presentandogli le proprie sofferenze, domandando la soluzione di un problema fisiologico, scroccando un consiglio.

E, malgrado tutto questo ben di Dio, i giovani si iscrivono a migliaia alle facoltà di medicina.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Convegno del Sindacato Medico a Bologna.

L'on. prof. Ermanno Fioretti, segretario del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, ha riunito a Congresso in Bologna i Sindacati Medici dell'Emilia e Romagna. Sono intervenute le autorità locali, personalità scientifiche, il segretario Federale e molti medici colà convenuti da altre Provincie in rappresentanza dei rispettivi Sindacati, tra cui il sen. Guaccero, Ispettore Nazionale, l'on. Perna, vice-segretario Nazionale, il dott. Angelucci, il dott. Trulli, il dott. Giovannetti, il dott. Cazzella, il prof. Porcelli, il dott. Pampersi, il dott. Genta, il dott. Allegrini, il dott. Genca, il dott. Lucangeli ed altri.

Fu letto il telegramma di saluto di S. E. Arpinati e numerose adesioni.

Furono applauditissimi il dott. Capellini, segretario del Sindacato Medico di Bologna, il prof. Zanelli, presidente dell'Ordine dei Medici locale, l'avv. Pondrelli a nome del Sindacato Avvocati, l'avv. De Bernardis, segretario generale della Confederazione Nazionale Sindacati Fascisti Professionisti ed Artisti che dopo aver comunicato il compiacimento del presidente on. Di Giacomo parlò delle benemerenze della classe sanitaria che per prima dette l'adesione entusiastica ai Sindacati.

Quindi ha avuto la parola l'on. Ermanno Fioretti, segretario del Sindacato Nazionale dei Medici, che in un magnifico discorso, dopo aver ringraziato i numerosi congressisti per essere intervenuti a discutere i loro interessi e riaffermare i sentimenti fascisti della classe ha fatto la storia del sindacalismo intellettuale che già è un fatto compiuto; del lavoro che sta compiendo il Sindacato in sincera collaborazione con il Regime; ha analizzato le leggi sanitarie volute dal Duce nel campo dell'Assistenza e Previdenza Sociale delle malattie professionali e di tutto ciò che riguarda il miglioramento e lo sviluppo della razza; ha terminato esaltando la nobile missione del medico e la bellezza del Sindacalismo medico che immune da egoismi e da personalismi si eleva sempre più affermando il suo principio di collaborazione col Regime per il bene dell'Italia e la sua immutabile fede fascista.

Un lungo applauso saluta il discorso dell'on. Fioretti.

Il Congresso ha avviato i suoi lavori sotto la presidenza del sen. Guaccero.

Ebbe luogo un sontuoso ricevimento al Municipio con la presenza delle autorità e dei gerarchi del Partito e dei Sindacati.

I congressisti sono stati a visitare le Terme di Salsomaggiore che hanno destato in tutti una vera meraviglia.

Ad inaugurare il nuovo grande Salone delle Terme Statali che è destinato per le conferenze fu pregato l'on. Fioretti a presiedere l'inaugurazione.

Parlarono applauditissimi l'on. prof. Fioretti, il sen. prof. Guaccero, i proff. Cattaneo e Bertarelli i quali spiegarono dettagliatamente ai colleghi l'azione curativa delle acque di Salsomaggiore che rappresentano anche un vantaggio per il nostro Paese essendosi riusciti ad estrarre molte sostanze chimiche e principalmente lo iodio di cui finora l'Italia era importatrice dall'Estero.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Lotta contro il cancro uterino.

Il Prefetto di Torino (Div. Sanità) ha diramato la seguente circolare in data 2 aprile 1930-VIII, n. 15375, ai signori Podestà e Commissari Prefettizi della Provincia:

Da accurate indagini eseguite dal presidente del Centro per la diagnosi e terapia dei tumori dell'Ospedale di S. Giovanni, risulta che non infrequentemente si sviluppa il carcinoma del collo uterino, in donne che ebbero parti irregolari o complicati, e che per le assillanti diuturne esigenze della vita o per ignoranza, sfuggono alle cure ginecologiche successive, tanto necessarie. Lo stesso si dica per donne che abbiano avuto aborti, spontanei o provocati, sovente seguiti da postumi, che vengono trascurati. Tali condizioni si riscontrano per lo più in donne delle classi popolari, di città e di campagna, coll'aggravante che in caso di sviluppo di un tumore uterino, le malate si presentano ai centri di cura quasi sempre in uno stato di male tanto avanzato, da non potersi più ottenere una guarigione radicale, duratura; mentre che ormai è acquisito alla scienza ed alla pratica, che le prime manifestazioni di un carcinoma sono facilmente curabili coi mezzi chirurgici o radiologici e sono suscettibili di sicura guarigione. È quindi necessario organizzare per tali donne un'assistenza ginecologica postpuerperale, facilmente accessibile, pratica, gratuita, in modo da poter curare a fondo ogni affezione ginecologica postpuerperale o postaborto, e poter scoprire e curare le primissime manifestazioni di eventuali tumori. Tale organizzazione è resa assai facile da quanto è già previsto dalla legge. Il R. D. 6 dic. 1928, N. 3318, infatti fa obbligo alle levatrici di annotare i parti e gli aborti in appositi distinti moduli forniti dal Municipio: detti moduli contengono un questionario semplice, ma completo, indicato dalle singole colonne dei moduli stessi; i moduli, poi, quando siano completati, vengono esaminati e controllati dall'Ufficiale Sanitario, per gli opportuni rilievi. Sarà dunque necessario che le levatrici siano invitate a redigere sempre con la mas-

sima esattezza le indicazioni richieste nei moduli anzidetti, descrivendo nelle apposite colonne, quale sia stata la durata del travaglio di parto, se e quali furono le manovre ostetriche richieste dal caso, se vi furono escoriazioni o lacerazioni, se seguirono processi settici o infiammatori, ecc.

L'Ufficiale Sanitario, a sua volta, dall'esame dei registri, potrà facilmente rilevare i casi che devono essere tenuti in particolare osservazione ed allestire un casellario o registro di quelle donne, per le quali sia riconosciuta la necessità della sorveglianza periodica dell'apparato genitale. Tali donne saranno perciò periodicamente, e più o meno frequentemente secondo i casi, invitate a presentarsi all'Ambulatorio Ginecologico annesso alla Clinica Ostetrica-Ginecologica od a quella dell'Ospedale Maria Vittoria o ad altri Ambulatori ginecologici autorizzati dove riceveranno, *in modo del tutto gratuito*, le cure necessarie e donde potranno poi essere inviate al Centro per lo studio e cura dei tumori, presso l'Ospedale San Giovanni, appena se ne riscontrasse l'opportunità, il bisogno. Con tale organizzazione di assistenza ginecologica postpuerperale alle donne e particolarmente a quelle delle classi meno abbienti, sarà portato un importante contributo alla lotta contro il cancro uterino sia curando più rapidamente ed efficacemente le malattie uterine predisponenti al cancro, sia diagnosticando il male al suo inizio, quando è ancora perfettamente curabile e guaribile.

Le SS. LL. pertanto dovranno dare comunicazione scritta della presente circolare all'Ufficiale Sanitario ed alle levatrici comunali, invitandoli a collaborare in pieno accordo fra loro, utilizzando l'opera del Centro anticanceroso per la lotta contro una malattia così dolorosa per le malate e gravosa per le famiglie.

Gradirò assicurazione di adempimento con la indicazione dei provvedimenti che saranno stati adottati per l'organizzazione del servizio, e successivamente notizie statistiche sulle donne assistite secondo le norme date.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BANZI (*Matera*). — Proroga 6 lug.; rivolgersi Segreteria.

CASALFIUMANESE (*Bologna*). — Scad. 30 giu.; due condotte; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500-3000 trasp., L. 500 ambulat., L. 840 c.-v. se coniugato; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50,10.

CASALROMANO (*Mantova*). — Residenziale per tutta la popolaz. (1500 abitanti in due gruppi). Scadenza 6 agosto. (V. N. 22).

CASTEL DEL MONTE (*Aquila*). — Unica per soli poveri. Scadenza 30 giugno. (V. N. 22).

FIGLINE VALDARNO (*Firenze*). — Scad. 25 giu.; per Gaville; L. 8500 e 8 trienni dec., oltre c.-v.; età lim. 25-35 a.; tassa L. 50,15.

GORGOGLIONE (*Matera*). — Per i poveri del Comune secondo il capitolato di servizio tipo della prov. di Matera. Stipendio annuo L. 7000 con gli aumen. consentiti dal predetto capitolato, al lordo delle ritenute di ricch. mob. e monte pensione. Scadenza un mese dalla data del 20 maggio. Per altri chiarimenti sui documenti ecc., rivolgersi alla Segreteria Comunale.
Gorgoglione, 20 maggio 1930.

GORIZIA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo dell'ufficio d'igiene del capoluogo; L. 17.400 aumentabili, oltre L. 4000 serv. att. Scad. 30 giu.

FROSINONE. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore chimico del Laboratorio Prov. di igiene e profilassi. Stip. base annue L. 15.000, suscettibile di tre aumenti periodici, uno trienn. e due quadrienn. fino a raggiungere L. 17.400 lorde. Indenn. di serv. attivo 20 % dello stip. base. Età mass. a. 45 salvo eccezioni fatte dai RR. DD. 16 gen. 1927, n. 155 e 1° sett. 1922, n. 1290. La domanda coi certificati prescritti, di data recente, debitamente legalizzati, dovrà pervenire alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale non più tardi delle ore 17 del 17 luglio 1930. I programmi e le norme di esame sono quelli stabiliti con D. M. 9-V-1927. La nomina cadrà su uno dei concorrenti compresi nella terna. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria suddetta.

MARENO DI PIAVE (*Treviso*). — A tutto il 30 agosto, ore 18. Per informazioni e bando rivolgersi alla Segreteria del Comune.

MILANO. *Pio Istituto di S. Corona.* — 1) Medico direttore residente negli Istituti; L. 35.000 senza aumenti; assegno servizio L. 7000; alloggio gratuito;

2) Primario chirurgo; L. 20.000; assegno serv. L. 6000; indennità vitto e alloggio L. 4000;

3) Primario medico profilattico; L. 20.000; assegno L. 6000; indenn. vitto e alloggio L. 4000;

4) Due posti di aiuto chirurgo; L. 12.500; assegno L. 5000; indenn. vitto e alloggio L. 4000;

5) Quattro posti assist. chirurgo; L. 9000; assegno L. 4000; indenn. vitto e alloggio L. 4000;

6) Assistente medico; L. 9000; assegno serv. L. 4000; indenn. vitto e alloggio L. 4000.

Tutti gli stipendi, ad eccezione di quello del direttore, con aumenti quadriennali del 1/10.

Limiti di età: per direttore, 45 anni (o 49 in base al R. D. 18 sett. 1919, n. 1825); qualunque età per quelli che hanno posti direttivi in altri stabilimenti sanitari; per primario chir. o med. a. 40 (o 44); per assist., a. 35 (salvo disposizioni per ex combatt.); per i primari, esercizio profess. da almeno 8 anni, di cui 4 in ospedali. Tassa L. 50. Scadenza 16 giugno. Rivolgersi Segret. Pio Istituto, Milano, via Cesare Correnti 13.

MONGORGIORI (*Cagliari*). — Scad. 15 giu.; lire 9500 oltre L. 500 uff. san., c.-v.

MONZA (*Milano*). *Ospedale Umberto I.* — Medico secondario; L. 5000 oltre L. 500 serv. att., partecipaz.; per le guardie L. 10 e vitto; nom. e 2 conferme biennali; tassa L. 50. Scad. 30 giu.

NOCERA INFERIORE (*Salerno*). — Ospedale Psichiatrico « Vittorio Emanuele II ». Per titoli. Posto di direttore sanitario. Stipendio L. 21.000 aumentabili a L. 23.000, oltre il supplemento di servizio attivo di L. 7500, al lordo di ritenute, e tre posti di medico ordinario: stipendio L. 11.600 aumentabile a L. 13.700, oltre il supplemento di servizio attivo di L. 2800, al lordo di ritenute. Termine utile per la presentazione delle istanze e documenti: 30 giugno 1930. Per chiarimenti rivolgersi al Presidente del Consiglio di Amministrazione.

NOVARA. *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 30 giu.; medico primario; L. 11.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 2000 serv. att., L. 2000 indenn. guardia, c.-v.; computo servizi anteriori in Ospedali Psich.; età lim. 32 a.

REGGIOLO (*Reggio Em.*). — Scad. 20 lug.; lire 8000 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v. in L. 720, L. 1500-3000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ROMA. *Amministrazione Provinciale.* — Medico assistente dell'Ospedale psichiatrico provinciale di S. Maria della Pietà, con l'incarico della direzione dell'ospizio per cronici in Ceccano. Titoli scientifici e pratici. Domanda in carta da bollo da L. 3 al Prefetto R. Commissario per la Provincia di Roma e presso gli uffici dell'Amministrazione provinciale (via IV Novembre 119-A). Scade ore 12 del 15 giugno. Al posto, che importa la residenza obbligatoria in Ceccano (provincia di Frosinone), è annesso l'annuo stipendio di L. 11.600, l'indennità di servizio attivo in annue L. 2800, l'indennità caroviveri, ed una indennità mensile di L. 550. Età lim. 25-40 anni. Informazioni e avviso di concorso presso l'Amministrazione Provinciale.

SALUZZO. *Ospedale Civile.* — Assistenti interni di med. e di chir.; L. 2000 annue, oltre partecipaz. ecc.; età lim. 32 a.; scad. 15 giu.; tassa L. 50.

S. STINO DI LIVENZA (*Venezia*). — Scad. 15 lug.; 2ª condotta; rivolgersi Segreteria comun.

TARANTO. *Comune.* — 2° oculista; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; età lim. 45 a. Scad. 30 giu.

VENEZIA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Medico ispettore; scad. 10 lug.; L. 21.000 e 4 aumenti decimo, oltre L. 6000 serv. att., L. 10.000 trasferte, mezzo di trasporto gratuito (non però la conduzione); età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Per voto unanime della Facoltà medica di Palermo, il prof. Ludovico Tommasi, dermatologo titolare della cattedra all'Università di Siena, è stato chiamato a reggere quella che fu già onorata dalle lezioni dell'insigne prof. Luigi Philippson.

Il prof. Luigi Morquio, di Montevideo, è nominato presidente del Comitato esecutivo dell'Unione Internazionale di Soccorsi ai Bambini, che ha sede a Ginevra, in sostituzione del compianto prof. Clemens von Pirquet.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino.

La forma anemica del carcinoma gastrico.

Nell'ultima seduta del Centro di studio per la diagnosi e cura dei tumori, di Torino, il prof. Paolo Pietra ha comunicato sopra un'interessante casistica di carcinomi gastrici in cui il quadro clinico era rappresentato essenzialmente da una condizione di anemia a volte a tipo perniciosiforme, più spesso a tipo clorotico con tutto il corredo della sintomatologia dipendente dall'anemia, ed invece con scarsa o mancante sintomatologia soggettiva ed oggettiva gastrica, e cioè non dolori, non vomiti, chimismo gastrico non profondamente alterato, non contenuto di sangue nel succo gastrico e, talora, assenza delle reazioni del sangue nelle feci, reperti radiologici talora negativi. Egli discusse sulla patogenesi dell'anemia rilevando che talora essa non è clinicamente in rapporto con forti perdite di sangue e sembra più verosimile in dipendenza a fenomeni di inibizione dell'ematopoiesi dovuti alla presenza del carcinoma gastrico.

Il prof. Micheli, nella discussione, ricordò l'evenienza che, come forme di carcinomi gastrici impongano per anemia, d'altro lato, forme di anemia perniciosa si vedano talora essere ritenute come neoplasie gastriche per la forte prevalenza dei sintomi dispeptici e, diagnosticate convenientemente, guarire con la terapia epatica. Ritiene che sia un prezioso sintomo clinico con valore differenziale, la lingua Hunteriana. Riguardo alle questioni patogenetiche nei quadri di anemia perniciosiforme con cancro gastrico ritiene che possano esistere entrambe le possibilità o di un'associazione nella quale, in un anemico pernicioso s'insedia nello stomaco un carcinoma forse favorito dalla gastrite atrofica, o che il carcinoma dello stomaco sia veramente la causa, come altri fattori noti, dell'anemia a tipo pernicioso. Ricordò, a questo proposito, che le funzioni gastriche si ritiene abbiano notevole importanza sulla funzione epatica e nel meccanismo stesso patogenetico dell'anemia perniciosa, e che si sono osservate guarigioni dell'anemia perniciosa con somministrazione di estratti di mucosa gastrica invece che di fegato.

Nella stessa seduta furono svolte altre interessanti comunicazioni sulle emanazioni radium (prof. Pochettino e dott. Foà); « Sulla fissazione del piombo nei tessuti » (dott. Antonioli e Villata); Sulla diagnosi precoce del cancro uterino (dott. Cuizza); Sulle metrorragie per tumori ovarici » (dott. Davanzo). CIPRIANI.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale di malariologia.

Si è svolto ad Algeri dal 22 al 24 maggio con l'intervento di oltre 150 congressisti, tra i quali figuravano quasi tutti i maggiori esponenti della malariologia di ogni parte del mondo, nonchè di molti medici locali.

La cerimonia inaugurale ebbe luogo al Palazzo delle assemblee algerine; parlarono S. E. Bordas, governatore generale, S. E. Galle, presidente delle delegazioni finanziarie, il prof. Marchoux, presidente del Congresso, il dott. Lutrario, per la Società delle Nazioni, il prof. Aráoz Alfaro, per i delegati stranieri. Il prof. Marchoux mandò, tra gli applausi, un commosso saluto ai proff. Marchiafava e V. Ascoli, impossibilitati a intervenire al Congresso.

I lavori hanno assunto un ampio sviluppo. Tra i temi più discussi furono: la regressione spontanea della malaria, la biologia degli anofelini, la bonifica integrale, la terapia (plasmochina, chino-stovarsolo, chineti) ecc.

La delegazione italiana, diretta dal Lutrario, è stata tra le più operose.

Il governatore generale dette un ricevimento fastoso ai congressisti, nella sua residenza estiva. Ad un banchetto ufficiale parteciparono il ministro francese della salute pubblica on. Ferry ed altre autorità politiche, militari e civili.

Parecchi congressisti presero parte ad interessanti escursioni compiute nell'interno della Reggenza.

Daremo ulteriori notizie su questo Congresso.

9° Congresso italiano di radiologia medica.

Si è tenuto a Torino dal 18 al 20 maggio, col concorso di circa 300 specialisti di tutta Italia. L'inaugurazione ebbe luogo al Palazzo del Giornale, al Valentino, alla presenza del Principe di Piemonte, con un discorso del prof. Bertolotti.

Gl'importanti temi all'ordine del giorno furono ampiamente discussi.

Era stata pure organizzata una mostra di apparecchi radiologici modernissimi.

I congressisti visitarono il centro radiologico per la cura del cancro fondato dal sen. Pescarolo, gli ospedali, le nuove cliniche e varie opere pubbliche.

43° Congresso francese di oftalmologia.

La Società francese di oftalmologia ha tenuto il suo Congresso annuale a Parigi dal 12 al 15 maggio. Vi parteciparono parecchi medici stranieri, tra cui il prof. Ovio di Roma, il quale fu chiamato a presiedere i lavori.

L'argomento più discusso fu la biomicroscopia del cristallino allo stato normale e patologico.

I lavori si chiusero con una gita al castello di Chantilly e con un banchetto.

54° Congresso tedesco di chirurgia.

Il Congresso annuale della Società tedesca di chirurgia, adunatosi in Berlino dal 23 al 26 aprile, ha assunto l'importanza di un Congresso internazionale: vi intervennero più di 3000 soci di tutte le parti del mondo, tra cui non mancavano gli italiani.

Due grosse questioni sono state trattate con ampiezza: la chirurgia del rachide e quella dei vasi sanguigni.

I convenuti si recarono poi ad Halle, ove celebrarono il centenario della nascita di Volkmann.

Congresso medico veneto.

S. E. Marescalchi, Sottosegretario all'Agricoltura, ha inaugurato il Congresso medico indetto a Conegliano per commemorare il cinquantenario di vita della Società Medica Veneta, pronunciando un efficace discorso. Messi in luce i rapporti dell'igiene e della medicina con l'agricoltura, ha fatto rilevare come dai sanitari si attenda l'opera di completa valorizzazione agraria iniziata vigorosamente dal Capo del Governo e sopratutto lo sforzo per ruralizzare il Paese. Ha ricordato fra l'altro la legge preparata dal Ministro Acerbo, ed ora approvata dal Consiglio dei Ministri, per valorizzare il patrimonio delle nostre erbe medicinali, liberando il nostro Paese da un'umiliante inutile importazione. Ha esortato i medici ad aiutare la buona propaganda per il consumo della frutta, dell'uva e del vino, quest'ultimo sopratutto ancora vittima di incomprensione scientifica e di banali errori di confusione fra abuso ed uso moderato al desco famigliare. L'on. Marescalchi ha concluso esaltando i meriti ed i sacrifici dei medici italiani sopratutto nelle campagne, ricordando le vittorie contro la malaria e la pellagra, ponendo in rilievo la santità della difficile missione del medico ed elevando un inno all'avvenire d'Italia. Dopo il Sottosegretario, che è stato calorosamente applaudito, ha parlato il prof. Dal Fabbro ed ha tenuto una lesione il prof. Donati, direttore della Clinica chirurgica torinese.

Congresso medico d'idroclimatologia.

L'Associazione italiana di idroclimatologia del Sindacato Medici Fascisti ha preso l'iniziativa, sotto la presidenza dell'illustre prof. Devoto, direttore della Clinica del Lavoro di Milano, di convocare nella celebrata Stazione di San Pellegrino (Bergamo) un Congresso al quale è già assicurato l'intervento delle più chiare illustrazioni della scienza medica italiana.

L'argomento principale che formerà oggetto di studio e di discussione della prossima riunione, sarà: « La pelle nelle più recenti conquiste della medicina », e le relazioni scientifiche sono state affidate ai proff. Devoto, Foà, Valenti della Regia Università di Milano; Maurizio Ascoli della R. Università di Palermo; Mario Truffi della R. Università di Padova.

Per il nostro patrimonio idrominerale.

Il Consolo dott. Guido Liebman è stato nominato Delegato della Sezione idrologica del Sindacato nazionale medico fascista.

Egli ha così sintetizzato il programma cui indirizzerà la sua azione:

« La nostra azione sindacale nell'ambito delle Stazioni di cura deve esser duplice: azione culturale per l'esaltazione e la volgarizzazione dei tesori idrominerali nella cornice di bellezze naturali che già per se stesse sono una forza d'attrattiva possente, e sforzo di organizzazione perchè attraverso ad esso la figura del medico raggiunga, sempre più, un tono di dignità e di prestigio ».

Riunione di medici sportivi.

In occasione del convegno dei medici fascisti, si sono riuniti a Bologna, nel gabinetto di medicina sportiva al Littoriale, gli ispettori regionali della Federazione italiana medici sportivi, sotto la presidenza dell'on. Fioretti. Il presidente ha informato i convenuti che il Direttorio nazionale sarà mantenuto, nelle linee generali, quello che era in precedenza; ha nominato una Commissione fra gli ispettori, con l'incarico di compilare un manuale per il medico sportivo ed ha esposto in modo preciso e chiaro quelli che saranno gli sviluppi tecnici della F.I.M.S.

Il dott. Pamperzi, segretario nazionale della F.I.M.S., ha comunicato le norme che regolarizzeranno l'organizzazione della Federazione. Hanno preso parte alla discussione il prof. Angelucci, delegato regionale per il Lazio, il prof. Sorrentino, delegato per le Marche, il prof. Pini, delegato per l'Emilia, il prof. Polacco, delegato per la Venezia Giulia, il prof. Langostreni, delegato per la Lombardia, il prof. Ceresole, delegato per la Venezia Tridentina, e il dott. Ajello.

Le visite sanitarie all'O. N. B.

La Presidenza dell'Opera Nazionale Balilla ha deciso di organizzare d'ora in avanti la visita medica e le conseguenti opere assistenziali sanitarie per tutti gli iscritti alla sua organizzazione.

Tali accertamenti dovranno servire di base sia per costituire classi differenziali di educazione fisica, sia per eventuali interventi terapeutici che l'Opera ha l'intenzione di organizzare mediante propri ambulatori o con il coordinamento dei servizi sanitari preesistenti. La visita sanitaria organizzata dall'O. N. B. sarà fatta al Balilla al momento della sua iscrizione, all'atto del passaggio alle Avanguardie e al momento dell'ammissione nelle colonie o nei campeggi estivi. L'O. N. B. in conseguenza a queste decisioni ha già disposto presso tutti i Comitati provinciali il relativo piano d'azione al quale per accordi presi con tutte le prefetture del Regno dovranno collaborare tutti gli istituti sanitari della provincia.

Le iniziative del G. U. F. Il "Gruppo donatori di sangue".

Per iniziativa degli studenti universitari fascisti appartenenti alla sezione medicina e chirurgia del G.U.F. milanese « Ugo Pepe », con l'adesione e con l'approvazione del presidente degli Istituti ospitalieri di Milano, del rettore dell'Università e del Segretario politico del G.U.F., hanno creato un « Gruppo donatori di sangue ».

Il Gruppo, che è costituito dagli studenti di medicina e delle altre facoltà e dai neo laureandi che ne facciano domanda e che abbiano i requisiti sanitari rispondenti alle necessità della loro funzione di donatori di sangue, ha carattere morale, persegue fini scientifici ed esplica la sua attività nelle sezioni mediche e chirurgiche delle cliniche ospitaliere. Le donazioni di sangue sono gratuite. Qualora dal degente beneficato venissero devolute donazioni finanziarie, queste andranno a totale beneficio delle opere assistenziali sanitarie del G.U.F. milanese. Ogni studente iscritto al Gruppo si sottopone alla visita e all'esame soggettivo secondo le richieste del presidente della Commissione sanitaria. La prima visita verrà ripetuta in seguito, periodicamente, ogni tre mesi. Lo studente donatore è impegnato a rispondere tempestivamente ad ogni chiamata del segretario della Commissione sanitaria. La direzione onoraria del « Gruppo donatori di sangue » è demandata ad una Commissione composta del rettore dell'Università, del direttore dell'Ospedale Maggiore, che rappresenta anche il presidente degli Istituti ospitalieri, del segretario politico del G.U.F. e del presidente della Commissione sanitaria del Gruppo stesso, che entra a farne parte di diritto. La direzione sanitaria è affidata ad una Commissione sanitaria composta del presidente nella persona del direttore della divisione ospitaliera, nelle sale della quale hanno luogo gli esami clinici dello studente donatore, da due medici proposti dal presidente, da un medico in rappresentanza dell'Istituto sieroterapico milanese e da un segretario proposto dal fiduciario della Facoltà di medicina e chirurgia.

La campagna contro la malaria nell'Agro Romano.

Dalla relazione completata da una Commissione tecnica, nominata dal Governatore di Roma, per riferire sull'andamento della campagna antimalarica nell'Agro romano e per suggerire i provvedimenti atti a rendere più proficua l'opera profilattica, si rilevano alcuni interessanti dati. Sono circa 80 mila gli abitanti del suburbio, di cui 70 mila dell'Agro, sparsi su duecentomila ettari, che sono stati assistiti dalle undici « condotte mediche », dai « centri diagnostici », dai « servizi della lotta antilarvale » e della « piccola bonifica ».

Profilassatori e profilassatrici (studenti in medicina e infermiere specializzate, ecc.), segnalatori (uomini di campagna sottoposti a istruzione speciale), disinfettatori, rappresentano l'esercito della lotta antimalarica. Le scuole rurali completano l'imponente attrezzamento della lotta. La Commissione ha fatto studi di alta importanza, che si conclusero con questi voti: 1) costruzione sollecita di edifici per stazioni sanitarie; 2) intensificazione, sorveglianza e cura nei paesi di immigrazione degli agricoltori malarici dell'Agro romano.

L'ampia e documentata relazione verrà prossimamente data alle stampe.

Nuovo ospedale-sanatorio a Bologna.

Con una raccolta cerimonia, alla presenza delle autorità cittadine, il cardinale arcivescovo Nasalli Rocca, ha proceduto alla benedizione dei padiglioni e dell'Oratorio del nuovo ospedale Sanatorio Carlo Alberto Pizzardi, grandiosa istituzione capace di ospitare oltre 400 ammalati; è costituito da 8 padiglioni, modernamente attrezzati per la cura dei malati di petto.

Nel pomeriggio il cardinale ha assistito all'arrivo dei primi infermi per i quali ha avuto amorevoli parole di conforto.

All'Istituto di protezione per la Maternità e l'Infanzia in Milano.

Tra le molte visite compiute negli scorsi giorni dal Duce, va segnalata quella all'Istituto provinciale per la protezione e l'assistenza della mater-

nità e dell'infanzia (l'ex Brefotrofio) di Milano. L'Istituto ha visto la sua minuscola popolazione crescere di numero e con essa incessantemente i bisogni. Si deve alla particolare attenzione del Capo del Governo, se a questa tutela dei piccoli, si è potuto dare ampia applicazione e decoro.

È stato offerto al Duce un album che reca la dedica: « A Benito Mussolini che, con virgiliano cuore, volle che ogni bimbo avesse un nido di tutela e di salute contro le insidie della vita ».

Pio Istituto Oftalmico di Milano.

Alla presenza del rappresentante di S. E. il Prefetto della Provincia, dott. Atto Marolla, si è insediato il nuovo Consiglio d'amministrazione dell'Istituto Oftalmico di Milano.

Il comm. rag. Penazzo, già Commissario prefettizio per l'amministrazione dell'Ente, ha fatto una elaborata relazione della sua gestione. L'opera del comm. Penazzo è stata vivamente elogiata dal comm. Marolla e dal presidente prof. comm. De Francesco; dopo di che la nuova amministrazione ha iniziato senz'altro i suoi lavori con la partecipazione del prof. De Lieto Vollaro, benemerito direttore della Clinica Oculistica della Regia Università e del Pio Istituto Oftalmico; e del prof. cav. Maggi, vice direttore, primario del reparto ospitaliero.

Cospicuo dono all'Ospedale di Ferrara.

Nell'ampio atrio dell'Arcispedale di S. Anna, presenti tutte le autorità cittadine, nonchè S. E. il Ministro Italo Balbo, l'on. Verdi e l'on. Ferri, è stato firmato l'atto di donazione, con il quale la Società Anonima Zuccherifici Nazionali, per rendere omaggio alla memoria del gr. uff. Emilio Bruzzone suo Presidente ha ceduto in proprietà all'Ospedale un vasto fabbricato attiguo all'Opera Pia; si calcola che il valore corrispondente si aggiri sulle 200.000 lire.

Prima di iniziare la cerimonia il Commissario regio dell'Ospedale dott. comm. Senisi ha voluto ringraziare a nome dei beneficati la benemerita Società donatrice; quindi ha pronunziato elevate parole il Podestà avv. comm. Renzo Ravenna. A nome poi della Società Zuccherifici Nazionali ha parlato l'on. Pietro Sitta il quale ha ricordato l'opera di Emilio Bruzzone.

È stato quindi firmato l'atto di donazione, presente il comm. Anfossi, quale presidente della Società e il Commissario dell'Ospedale comm. Senisi. Gli invitati hanno infine assistito allo scoprimento di una lapide.

Donazioni.

La R. Università di Napoli è stata autorizzata, con R. D. n. 349 del 17 marzo 1930, ad accettare la donazione di L. 50.000, disposta in suo favore dal prof. Arnaldo Angelucci per l'istituzione di una borsa di studio da conferirsi annualmente ad uno studente dell'ultimo anno di quella scuola di perfezionamento in oculistica, il quale abbia frequentato la scuola stessa e presenti la migliore memoria inedita su di un argomento di oculistica.

La R. Università di Bari è stata autorizzata, con R. D. n. 351 del 17 marzo 1930, ad accettare la donazione di L. 50.000 disposta in suo favore dal dott. S. A. Marino di Buenos Aires per l'istituzione di un premio annuo destinato a quel laureato dell'Università stessa, il quale presenti le migliori pubblicazioni nel campo della patologia e delle cliniche chirurgiche.

Alla Croce Rossa Italiana.

La Regina d'Italia, alla Patrona della Croce Rossa Italiana, ha consegnato, con cerimonia solenne, la medaglia Florence Nightimgale alla duchessa Cito di Torrecuso nata di Sambuy, che prestò servizio durante la guerra negli ospedali al fronte e subito dopo la vittoria negli ospedali di Trieste. Nella stessa occasione è stata conferita la Croce al Merito al sen. Filippo Cremonesi, presidente dell'Istituzione.

Pronunziò un elevato discorso il sen. Marchiafava.

Nella stampa medica.

Si è iniziata la pubblicazione del « Bordeaux Chirurgical », fondato da un gruppo di chirurgi e di specialisti oftalmologi ed oto-rino-laringologi. È a periodicità trimestrale. Ne sono segretari di redazione Charbonnel e Papin. Il primo numero contiene un lavoro di Bégouin sul cancro cervicale e l'isterectomia per via addominale; uno studio di Charbonnel e Massé, sull'arteriografia degli arti con ioduro sodico nelle gangrene; uno di Papin, sulle fistole bronchiali esterne consecutive ad interventi per cisti idatidee del polmone.

Il nostro benvenuto a questo periodico e le nostre felicitazioni al Comitato redazionale, che realizza, in Francia, un'encomiabile opera di decentramento culturale.

L' " Umfia ,,.

Il 13 maggio, sotto la presidenza onoraria di S. E. il dott. Caballero da Bedoya, ministro plenipotenziario del Paraguay per la Francia, e sotto la presidenza effettiva del prof. Achard, membro dell'Istituto di Francia, si sono adunati a banchetto, nei saloni dell'Hôtel Lutétia di Parigi, i membri dell'Unione Medica franco-ispano-italo-americana ed i loro numerosi amici.

Alla fine del banchetto furono pronunziati i discorsi d'uso, inneggianti alla fraternità spirituale dei popoli derivati dal grande ceppo latino.

Vittime del dovere.

Il ministro della salute pubblica della Francia ha conferito la croce della legion d'onore alla memoria del dott. Chaperon e dello studente in medicina Decuwe, il primo morto per lesioni da raggi X, pochi giorni dopo aver ricevuto la medaglia d'oro dell'assistenza pubblica (cfr. fasc. 18, p. 686); l'altro morto, a soli 21 anni, per una difterite contratta nell'assistere un bambino colpito da questa malattia.

Profondamente addolorati, registriamo la perdita del prof. ACHILLE SCLAVO, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Siena.

Del compianto Maestro daremo una biografia in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Rivista Oto-Neuro-Oftalm., nov.-dic. — DE ANGELIS. Cisti del *cornu posterius* e del ventricolo laterale. — PALLESTRINI. Disturbi labirintici residuali alle rachianestesie.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., 30 gen. — E. H. HARSLEY. La sindrome tetanoide in ostetricia. — J. VRUWINK. Cambiamenti nella libido consecutivi a sterilizzaz. operatoria. — J. T. BRIESTLEY. Trattam. delle infiammazioni pelviche.

Ann. Ital. di Chir., 31 gen. — E. GIOJA. Gastroenterostomia e resez. gastr. col processo Tansini. — D. VALLONE. Plasmocitoma dell'intestino. — A. CARDIA e G. PERETTI. Azione del caldo umido nella cicatrizzaz. per primam.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., gen. — L. HOLL. Infez. dell'uomo con B. abortus Bang. — F. DE MELLO e al. Trattam. della malaria con plasmochina.

Soc. d. Hôp., 3 feb. — L. BLUM, F. RATHEY. Azotemia e ipercloruremia nei nefritici. — CHIRAY e J. LELOURDY. Ascite gelatinosa. — C. GAUTIER e E. JOLTRAIN. Sensibilizzazione all'ipeca.

Giorn. di Clin. Med., 20 gen. — L. FOCHI. Morbo di Bang.

Prensa Méd. Argent., 21 gen. — M. F. BARILARI e T. MENGELLE. Splancnoptosi.

Rev. Méd. Latino-Amer., dic. — R. ARAYA. Fisiopatol. della tiroide nelle affezioni ginecologiche. — E. NANCK e C. PICADO T. Trattam. della malaria con le *Simaba cedron*.

Journ. A. M. A., 25 gen. — S. C. WAY e S. E. LIGHT. Melanosi generalizzata. — L. J. HIRSCHMANN. Diagnosi di adesioni del colon.

Paris Méd., 8 feb. — P. BLUM e J. BRALEZ. Epiteliomi professionali.

Folia gynaecol., 2. — ARMANINI. Ipotetico virus filtrabile quale agente della infezione puerperale. — A. MIGLIAVACCA. Singolari formazioni nella mammella durante la gravidanza.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII — Roma, 16 Giugno 1930 — Num. 24

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI RIUNITI DI NAPOLI.

Ileo paralitico da probabile ileo-colotifo atipico con ulcere ileo-coliche e con accidentale presenza di diverticolo di Meckel; perforazione post-operativa di un'ulcera ileale; morte.

O. CANTELMO, chir. aggiunto e libero docente.

Giovanetto di 15 anni, poco sviluppato, con stato di nutrizione molto scaduto. Genitori viventi ed apparentemente sani. La madre ha avuto nove gravidanze con altrettanti parti a termine. Cinque figli son morti nella piccola età, prevalentemente per affezioni bronchiali; uno è morto di meningite tubercolare. Il paziente ha sofferto ripetutamente di catarri bronchiali, per cui è venuto su ipotrofico e smilzo.

Nell'aprile del 1927 ebbe la fuoriuscita di un elminto da una piccola lesione della cicatrice ombelicale, che rapidamente poi si cicatrizzò.

Il 2 giugno 1929 il paziente ebbe febbre alta, della quale i genitori non sanno dare alcun ragguaglio, febbre che fu preceduta da qualche giorno di malessere e che cadde dopo due giorni. La febbre non fu accompagnata a sensibili molestie a carico dell'addome. Dopo due giorni, scomparsa la febbre alta, i genitori non controllarono più se esistessero elevazioni termiche modiche.

Senonchè parallelamente alla caduta o pseudocaduta della febbre si andò inscenando una sindrome occlusiva addominale, caratterizzata da chiusura completa dell'alvo alle feci, ed incompleta ai gas, dolori vaganti esacerbantisi fino a un acme cui seguiva, con la emissione di gas, temporanea remissione, vomiti frequenti gastrici e biliari.

Al quarto giorno dall'inizio della sindrome occlusiva il paziente fu ricoverato in Ospedale in reparto medico. Dopo tre giorni fu trasferito in Chirurgia, e ci fu affidato dalla bontà del nostro Direttore.

Nella storia raccolta non comparve il dato della fuoriuscita dell'elminto dall'ombelico, dato di cui infermo e madre si rammentarono dopo l'intervento.

E. O. Note di apicite specifica a destra.

Addome alquanto tumido ma non uniformemente, chè il fianco destro è più sporgente del sinistro. Cicatrice ombelicale sporgente e presentante una rilevatezza lenticolare sul suo contorno inferiore. Nessuna bozzatura mobile.

Alla palpazione dolore diffuso in tutte le sedi senza punti particolarmente sensibili. Niente liquido libero. Polso 90, temperatura 37°,2, lingua lampone, sensorio depresso.

Vista la impossibilità di addivenire ad una diagnosi di natura dell'ileo, poichè la nota iniziale

febbrile mal si prestava ad essere accordata all'ulteriore decorso, intervenimmo con la diagnosi di ileo dinamico.

Laparotomia mediana ombelico-pubica in narcosi morfio-cloroformica.

Le anse ileali ed il colon trasverso appaiono tesi e congesti. Dall'ombelico si diparte un diverticolo di Meckel, che accavalla il groviglio del tenue, striscia nella lamina sinistra del mesentere, e si va a fissare a un'ansa dell'ileo incastrata in profondità sulla colonna vertebrale, di sotto dell'impianto mesenteriale. Accanto al diverticolo compare sulla stessa lamina sinistra del mesentere l'appendice, sana.

Resezione del diverticolo.

Nelle manovre necessarie alla sezione dell'impianto profondo e fisso del cordone diverticolare sul tenue, si affaccia alla zona di osservazione un'ansa del sigma colico, afflosciata, biancastra. In una delle sue bozze esiste una piccola protuberanza coniforme ad apice smusso rosso violaceo, sicura espressione di una ulcerazione. Infossamento del piccolo tratto ulcerato. Una ulteriore ispezione del pacchetto intestinale rimane negativa per la esistenza di altre ulcere.

Per quanto il reperto operatorio non sia soddisfacente, perchè il diverticolo e l'ulcera non illuminano la patogenesi dell'ileo, richiudiamo l'addome, anche perchè le condizioni del paziente non consentono ulteriori manovre.

Ci sorride la speranza che una diverticolite follicolare possa essere stata la causa della febbre, e che la occlusione, dapprima paralitica, dovuta alla diverticolite, sia diventata in secondo tempo anche meccanica per l'azione esercitata sulle anse tese dal cordone diverticolare; ma da una parte la diverticolite non è rilevabile alla osservazione macroscopica, dall'altra è teso e congesto anche il colon trasverso, evidentemente immune dalla azione comprimente del diverticolo.

Dopo due giorni il giovanetto viene a morte con sintomi di perforazione intestinale.

Non essendo stata concessa l'autopsia, possiamo tuttavia riaprire la incisione operatoria, e rilevare i seguenti fatti:

1) Esiste una perforazione del tenue a circa 30 cm. a monte dell'impianto ileale del diverticolo, il quale risulta inserito su di un'ansa ileale, a sua volta a una trentina di cm. dal cieco.

2) Il tratto del tenue su cui era impiantato il diverticolo è libero fra le altre anse intestinali, e non più incastrato profondamente sulla colonna vertebrale; l'appendice ileo-cecale rimane nella posizione sinistra mesenteriale. Essa si diparte dal cieco in posizione normale, raggiunge il margine inferiore del mesentere, e si adagia sulla sua pagina sinistra.

3) Le due suture sull'ileo e sul colon pelvico sono in perfetta tenuta.

Esame anatomo patologico del diverticolo.

Il diverticolo asportato è della lunghezza di circa 12 cm., pervio in tutta la sua estensione, senza meso, regolarmente cilindrico, del diametro di qualche millimetro più grande di quello normale dell'appendice, coll'impianto sull'intestino slargato a imbuto rovesciato, iperemico e congesto.

Aperto il diverticolo, la mucosa si presenta congesta ma senza lesioni apprezzabili; solo in corrispondenza del suo fondo cieco ombelicale esiste una piccola cicatrice, esito della ulcerazione che diede luogo due anni prima alla fuoriuscita dell'elminto.

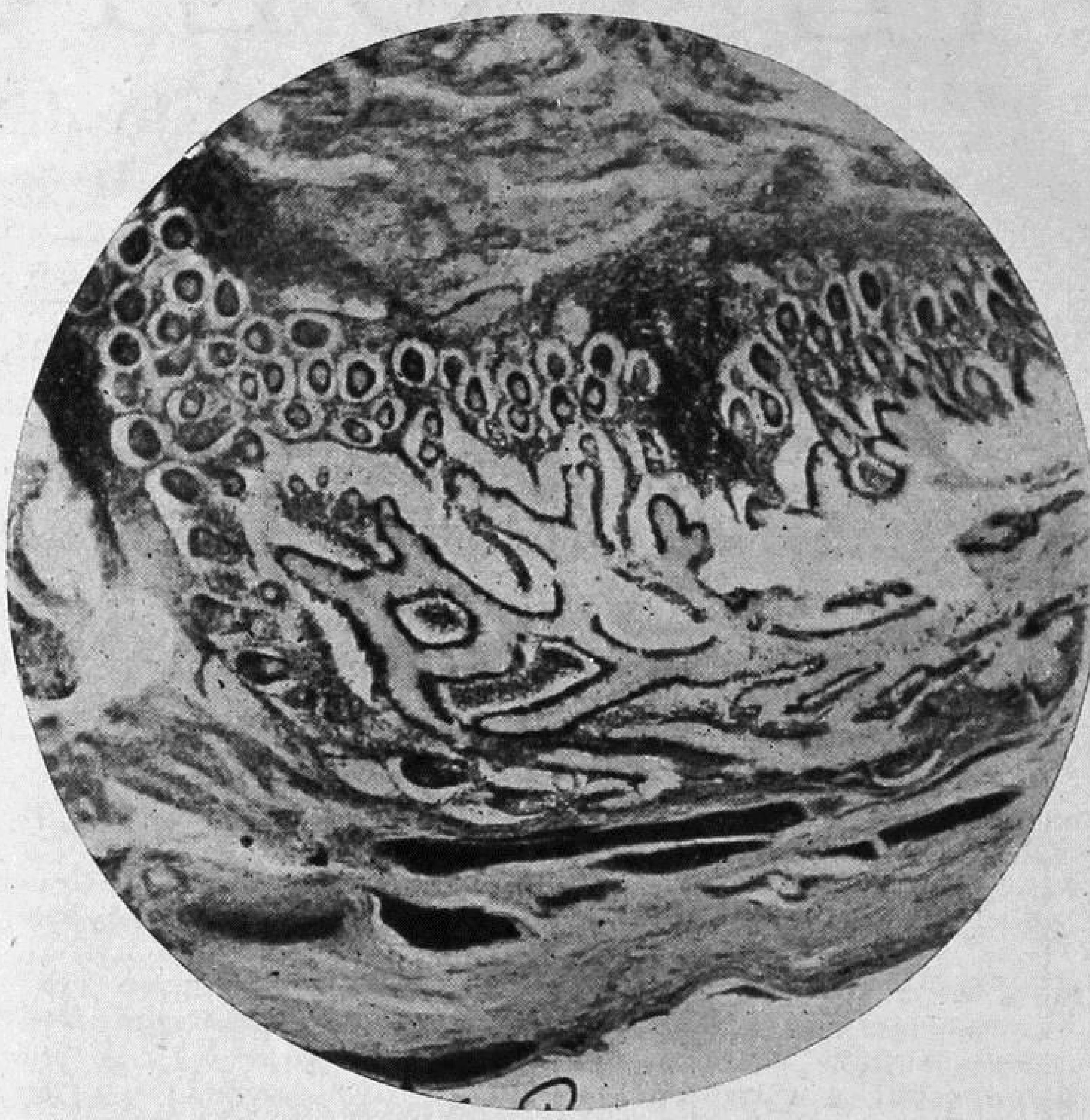


FIG. 1. — Sezione del diverticolo con follicolite.

All'esame istologico, illustrato nelle due annesse microfotografie, notammo principalmente una abbondante proliferazione del tessuto adenoide. L'infiltrazione dei follicoli solitari non si esaurisce in sito ma si diffonde ai villi e negli strati profondi della mucosa, fino alle tuniche muscolari.

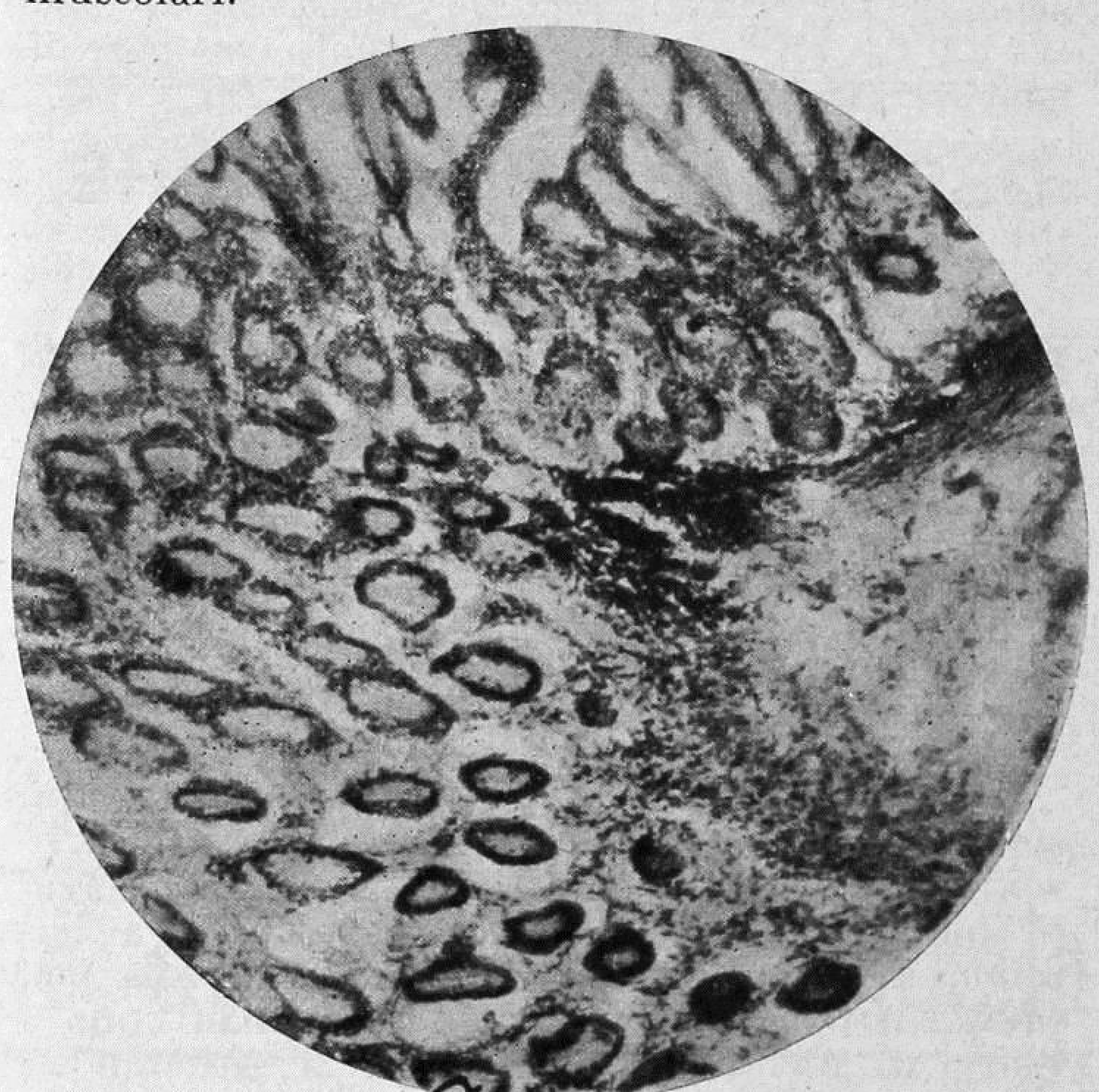


FIG. 2. — Sezione del diverticolo di M. a più forte ingrandimento.

Se ne togli questa infiammazione del tessuto linfoide, e una netta congestione vasale, non si riesce di notare nè nella costituzione istologica degli elementi della mucosa e del corion, nè in quella delle sue guaine muscolari alcuna alterazione di sorta.

Tale reperto istologico diventa molto significativo, quando si rifletta che esso appartiene a una sezione di D. di M. lontano dalle sedi ileocoliche delle ulcere. Significative perchè è esso solo sufficiente a dimostrare che per la genesi delle ulcere ileo-coliche del nostro caso non si possono invocare fattori locali con azione circoscritta alla sede delle ulcere, ma si debbono considerare i momenti etiologici che portano alterazioni diffuse di tutto il canale intestinale.

Che l'ileo nel caso in esame sia stato prevalentemente paralitico non ci pare possa mettersi in dubbio, dato che alla esplorazione chirurgica anche il colon trasverso, che nessun rapporto aveva col diverticolo, si presentava rigonfio. Vero è che l'ansa ulcerata del sigma colico era invece vuota, ma nessun ostacolo meccanico riscontrammo fra le due sezioni del grosso intestino.

Nondimeno una certa funzione stenosante del diverticolo si sarà bensì potuta manifestare, ma solo consecutivamente alla dilatazione paretica del glomerulo ileale, ed appunto per la esistenza di questa dilatazione.

Quale è ora la causa di questa occlusione dinamica? Eccoci al fattore infettivo, denunciato dalla febbre alta all'esordio morboso, dalle elevazioni termiche serotine consecutive, dalla lingua lampone, dalle constatazioni: operatoria della ulcerazione colon-pelvica, e necroscopica della ulcerazione perforata del tenue.

Essendovi però delle ulcere del tenue per sola distensione (Kocher), non potrebbero le nostre appartenere a tale gruppo?

Noi pensiamo decisamente di no per i seguenti motivi: 1) la coesistenza di ulcerazioni in tratti di intestino molto lontani, e, quel che più conta, in un segmento non disteso; 2) l'assenza di fenomeni di strozzamento, a monte dei quali le ulcere da distensione sogliono costituirsi; 3) la dubbia possibilità che le ulcere da distensione possano perforarsi; 4) l'assenza dei fatti reattivi peritoneali che nelle ulcere da distensione di consueto si stabiliscono.

Con ciò siamo lontani dal negare che nel nostro caso la distensione abbia avuta una funzione anche capitale. All'incontro noi, anzi, opiniamo che la distensione abbia reso perforante un'ulcera che forse non si sarebbe perforata.

« Non si può decidere se nello sviluppo troppo avanzato delle escare e per l'assottigliamento abnorme della parete intestinale che risulta dopo il distacco delle escare, la peristaltica e l'aumento della pressione interna possa generare la perforazione » dice l'Aschoff. Questo nostro caso sarebbe decisivo, per la constatazione operatoria della integrità degli strati esterni della parete dell'ileo ulcerato, e per la sopravvenuta perforazione dopo circa 30 ore dall'atto operativo, quando la pressione interna doveva aver raggiunto il suo più alto grado in un tratto intestinale già prima dell'operazione dilatato e disteso.

Dopo ciò ci sembra dimostrato che nella nostra perforazione abbiano agito consecutivamente due fattori: 1) il fattore infettivo (vedremo quale), nel produrre la ulcerazione non perforante; 2) la ipertensione dell'intestino nel rendere ischemico il sottile strato residuale e nel necrosarlo.

Discussa e accettata la etiologia infettiva delle ulcerazioni, quale ne è ora il fattore specifico?

Tre gruppi morbigeni si disputano la genesi delle nostre ulcere ileo-coliche: la tubercolosi, il gruppo tifico, le rarissime enterotiflocoliti ulcerative perforanti semplici (Maragliano, Letulle, Cavicchia) (riportati da Donati).

La ereditarietà e le note somatiche sarebbero un ottimo terreno per la insorgenza di ulcerazioni tubercolari, ma nessun altro elemento probativo conforta tale ipotesi; chè anzi i caratteri stessi delle ulcere, l'assenza di aderenze controllata 30 ore prima della perforazione, sono dati risolutamente contrari alla natura specifica accennata. Le enteriti o le molto più rare enterocoliti ulcerose perforanti semplici potrebbero a loro volta essere nel nostro caso invocate, ma la febbre alta durata una cinquantina di ora, la lingua lampone, l'assenza completa dei fenomeni con cui queste enteriti sogliono rivelarsi, detronizzano anche questa ipotesi dalla dignità di fattore patogenetico nel quadro nosografico in discorso.

Infine i caratteri macroscopici delle ulcere, la febbre iniziale elevata e non in rapporto con le lesioni ulcerose o con peritonite (nessuna stratificazione fibrinosa fu da noi riscontrata alla laparatomia), lo stato congestizio di tutto l'ileo, il cadere della perforazione nel corpo del 2° settenario dall'esordio iperpiretico, sono elementi di giudizio molto probativi a favore della natura tifica delle ulcerazioni. Intendiamo però una speciale forma tifica, per quanto anormale tuttavia abbastanza comune, e cioè una forma di mezzo fra il tifo ambulatorio e quello classico. Nè il non aver trovato un grosso tumore di milza è sufficiente a spodestare tale ipotesi, imperciocchè appunto in questi speciali quadri tifosi la infezione enterica più circoscritta, ma non per questo meno temibile, l'assenza di una vera setticemia tifosa rendono ragione della mancanza di quelle grandi splenomegalie che sono l'appannaggio della diffusione della flogosi.

Un'altra conferma della probabile natura ti-

fica delle ulcerazioni è data dal reperto istologico, cui si è avanti accennato. Esso dimostra senz'altro nel D. di M. le stesse alterazioni che sogliono trovarsi nel tenue al 2° settenario della evoluzione dell'infezione Eberthiana. Che se le note di flogosi sono scarse o per dir meglio non avanzate, ciò si deve vuoi al fatto che nelle sezioni del D. di M. non esistono placche di Peyer, dove le alterazioni tifiche assumono aspetto più grave, vuoi alla condizione del diverticolo di trovarsi abbastanza lontano dalle sedi delle ulcere e di essere poco ricco di tessuto linfoide, vuoi ancora alla stessa forma anormale della infezione tifoide, senza alcuna nota enteritica classica.

Acclarata la etiologia delle ulcere ileo-coliche, un altro elemento si presenta oscuro, ed è la patogenesi della occlusione.

Ileo come dicemmo non meccanica ma dinamico, aggiungiamo non spastico non paralitico. Il reperto operatorio ci risparmia di dimostrarlo.

Ma a che si deve attribuire la paralisi o paresi intestinale, quando non furono riscontrate note di infezione peritoneale nè circoscritta nè diffusa?

Invero le circomvoluzioni enterali apparivano all'atto operativo un po' più congeste di come siamo soliti trovarle nelle comuni occlusioni, ma tale congestione, scompagnata da qualsiasi fenomeno reazionale o difensivo del pur sensibilissimo sacco peritoneale, può ben rappresentare il solo riflesso della più intensa congestione della cavità intestinale. All'incontro, se l'ileo paretico dovesse discendere da una flogosi peritoneale, come si sarebbe essa esplicata senza essudato e senza aderenze?

Conosciamo che nella ipotesi tifica, testè discussa, esistono, oltrechè forme di peritoniti da perforazione, anche forme di peritoniti da propagazione, le quali ultime però il Dieulafois mette in dubbio nel determinismo voluto dai suoi creatori Thirial e Trousseau, ma quali note di peritonite anche da sola propagazione, o, come vorrebbe Dieulafois, da migrazione noi riscontrammo nella esplorazione, si badi, non semiologica, ma operatoria in primo luogo e necroscopica in ultimo, se non la sola congestione e distensione dell'intestino prima, e la inondazione fecale e gassosa da perforazione miliare dell'ileo poi?

A chi poi volesse minutizzare che ci saremmo potuti imbattere in uno stadio appena esordiente di peritonite, risponderemmo che ormai la scena entero-paretica si era già stabilita da vari giorni.

Esclusa così la genesi peritonitica dell'ileo quale altro determinismo invocare?

Può la nostra occlusione dinamica entrare nella forma di ileo paralitico riflesso? o in quella di ileo tossi-infettivo?

Nella Relazione alla 32ª adunata della Società Italiana di chirurgia (1925) sul tema dell'occlusione intestinale, lo Stoppato, che fu investito col Margarucci dell'onorifico incarico, divideva le occlusioni in due categorie:

1) « una forma dovuta ad inibizione ed a spasmo intestinale, o occlusione dinamica (forma più rara);

2) una forma dovuta ad atonia, paresi, paralisi, o occlusione adinamica (forma più frequente) ».

Le forme della prima categoria debbono essere qui a priori escluse perchè nessuno spasmo constatammo alla esplorazione operatoria. Eppure lo stesso Stoppato afferma che «in seguito a stimoli che partono dall'intestino — ulcere nel nostro caso — sembra più facile aversi per via riflessa contrazioni spastiche, anzichè rilasciamenti paralitici ».

D'altra parte nella patogenesi delle forme adinamiche, cui il nostro caso appartiene, il primato è tenuto dalla peritonite, che dimostrammo non sussistere. Pertanto oltre alla peritonite sono suscettibili di provocare forme adinamiche di occlusione il trauma operatorio o altri traumi, i narcotici, non invocabili qui da noi, o alcune malattie infettive.

E siamo così sempre allo stesso interrogativo.

Ha agito qui la sindrome ulcerosa per sè o lo stato tossi-infettivo, o tutti e due i fattori assieme?

In rapporto all'ileo paralitico riflesso il Donati afferma che « la paralisi intestinale interviene per azione riflessa in seguito a svariate cause » fra le quali « certe enteriti ulcerose gravi ». Non si può sconvenire che questa dottrina si può adattare al caso nostro.

Ma quale azione ha esercitato lo stato tossi-infettivo?

A noi pare che questa azione, se pur si è svolta, sia molto limitata e molto dubbia, perchè se è vero che nelle setticemie tifiche gravi si può avere paresi tossi-infettiva dell'intestino, non è men vero che da una parte esistevano nel nostro caso note paretiche molto più gravi di quelle che sogliono aversi come semplice manifestazione tossi-infettiva, dall'altra mancava nel caso istesso tutto il ricco corteo semeiologico che suole arricchire la scena morbosa nelle infezioni ad azione prevalentemente tossicemica.

Ciò in linea di massima, perchè se ricordiamo la eventualità di una elettiva affinità tossinica, e, ciò che è lo stesso di uno speciale

neurotropismo tossinico, lo stato tossi-infettivo può recuperare la sua funzione patogenetica.

Nè la riserva sembri artificiosa, perchè non è guari pubblicammo un caso molto raro di neurotropismo tossinico, occorso in una pleurite settica diaframmatica ematogena, nel quale senza altra nota di stato tossico perdurava un mese dopo la caduta della febbre uno stato delirante dell'infermo, e due mesi dopo una notevole tachicardia.

Siamo così giunti per successive tappe alla risoluzione del problema patogenetico dell'ileo, con l'abbinamento dei due momenti: ulcerazioni, tossiemia.

Stabiliamo ora se e quale responsabilità abbia avuto l'intervento per l'ulteriore decorso infausto.

Anzitutto a noi sembrò e tuttora sembra che legittima indicazione all'intervento fosse: 1) l'ileo per sè stante ed a qualunque categoria appartenesse, pur nella oscurità della sua essenza e della sua genesi, quando dopo sette giorni dal suo inizio non solo non accennava a risolversi, ma si faceva per l'opposto più completo; 2) la dissimmetria dell'addome, per cui il fianco destro era più pieno del sinistro, dissimmetria che ci fe' sospettare una associazione delle due grandi categorie di ileo: dinamico e meccanico, e che invece era in rapporto con lo ammassarsi delle anse a destra, costrettevi dalla topografia del diverticolo.

Ma legittimata la indicazione operatoria, l'intervento può esser ritenuto responsabile della consecutiva perforazione, data la funzione ipertensiva che venne ad esercitare sull'intestino?

Noi opiniamo che la maggiore distensione, indotta dallo choc laparatomico si sarebbe determinata egualmente senza l'intervento per la ulteriore azione comprimente diverticolare sul groviglio del tenue, onde il fatale sovrapporsi del fattore meccanico all'ileo paralitico. Nè la ipotesi tifica poteva essere avanzata prima che si verificasse la perforazione dell'ileo, perchè anche dopo la laparatomia e la scoperta della ulcerazione del sigma, da una parte la esistenza di sicuri fatti tubercolari, dall'altra l'assenza di note ulcerative del tenue erano elementi piuttosto a favore della natura specifica cronica della ulcerazione, anzichè della natura acuta tifica.

Molto dubbiosi, come dicemmo, ci lasciò l'intervento con i suoi reperti, non illustrativi della genesi dell'ileo, chè, manco a farlo apposta, l'unica ulcerazione siedeva su una sezione di intestino non paretico e non dilatato, e il diverticolo era palesemente estraneo a quella scena occlusiva, ma dopo aver invano esplorato fummo costretti a richiudere l'addome, e lo facemmo con quel molesto senso di insodisfazione che è quasi peggiore di un insuccesso.

E fu per questa insodisfatta sete del perchè, che osammo contrapporci al pur legittimo veto della necroscopia.

RIASSUNTO.

L'A. studia un caso non certo frequente di ileo-paralitico tossico e riflesso da probabile ileo-colotifo atipico con ulcere ileo-coliche e con presenza accidentale di diverticolo di Meckel.

BIBLIOGRAFIA.

DIEULAFOIS. *Manuel de Pathologie interne.* Ed. Masson, Paris.

PASCALE. *Ulcera peptica del diverticolo di Meckel con particolare riguardo ai tumori e processi patologici della regione ombelicale.* Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, 1925, pag. 421.

DONATI. *Chirurgia dell'addome.*

MARGARUCCI e STOPPATO. Relazione alla 32ª adunata della Società Italiana di Chirurgia: « Occlusione intestinale ». Ibid., 1925.

ARRAULT. *Delle perforazioni intestinali per opera degli ascaridi.* Arch. méd. des enfants, 1897.

BELLANTONI. *Un caso di ascaridi lombricoidi fuoriusciti dall'ombelico.* Policl., Sez. prat., 1919.

FELTMANN. *Dei più frequenti accidenti chirurgici dovuti agli ascaridi lombricoidi.*

ASCHOFF. *Anatomia patologica.* U. T. E. T., 1914.

OSPEDALE DI S. LORENZO IN COLLE VAL D'ELSA.

Contributo alla conoscenza del trattamento dell'ulcera gastrica col metodo Schiassi (discontinuità nervosa vago - simpatica)

per il dott. PIETRO ADREANI

chirurgo primario e direttore sanitario.

Nella patologia addominale, lo studio della patogenesi dell'*ulcus ventriculi* è sempre stato molto dibattuto ed anche oggi è oggetto di aspre controversie.

Il concetto generale — del resto universalmente ammesso — che essa sia il prodotto di digestione della mucosa gastrica da parte dei succhi digestivi, attraverso l'indagine anatomo-patologica e clinica, ha fatto acquistare ad essa una ben precisa individualità nosografica; ma le divergenze incominciano laddove si cerchi di individualizzare le cause fondamentali capaci di minorare le resistenze della mucosa gastrica.

È pertanto naturale e conseguentemente logico che di fronte ad una affezione a patogenesi ancora non ben chiarita, anche gli interventi chirurgici siano varii: e, per quanto tutti aventi di mira le stesse finalità, pure diversi nel metodo, sicchè ogni scuola tenta un trattamento o l'altro secondo le idee che ritiene prevalgano nella presunta patogenesi dell'ulcera e nelle cause che possono mantenerla; ma se noi scorriamo la letteratura, osserviamo che quasi tutti i chirurghi hanno notato il ripresentarsi di ulcere gastriche dopo gli interventi praticati.

Per spiegare la ragione patogenetica fondamentale di questo processo ulceroso sono state enunciate, come in tutti gli argomenti medico-chirurgici che hanno attratto l'attenzione degli sudiosi in tutti i tempi, varie teorie, anche sopra basi sperimentali più o meno fondate. Ma fra le diverse (t. della gastrite, la t. vascolare, la traumatica, la infettiva, la t. dell'eccesso di secrezione) che, nella loro molteplicità ci stanno a dimostrare quanto tuttora siano incerte le nostre cognizioni su questo argomento anche perchè poco ci soccorre lo studio anatomo-patologico e meno ancora l'esperimento, offrendoci il primo lesioni troppo avanzate e non riuscendo col secondo a riprodurre una vera ulcera gastrica, quelle che più si impongono alla nostra attenzione sono la teoria anafilattica e la teoria neurogena.

La teoria anafilattica, avanzata recentemente (1923) dal Cesaris-Demel, dovrebbe invocarsi ogni qualvolta una delle tante teorie non si adatti al caso singolo. Nel caso speciale dell'ulcera, alla crisi anafilattica, la mucosa gastrica risponderebbe con la formazione di ponfi (dipendenti da disturbi vascolari) accompagnati da disordini nutritivi della mucosa che permetterebbe l'auto digestione e quindi la formazione dell'ulcera in quel determinato punto. Non solo questo: ma il Demel ci dice che anche all'infuori della classica crisi anafilattica, si può avere la formazione dell'ulcera anche in seguito all'assorbimento locale di proteine mal digerite; queste, agendo da antigeni, sensibilizzerebbero la sottomucosa, di modo che un nuovo assorbimento proteico sarebbe capace di provocare una crisi anafilattica in loco con quelle modificazioni vascolari e con quelle conseguenze per la mucosa di cui sopra si è detto. Questa teoria del Cesaris-Demel è stata confermata anche dagli americani Shaphino e Iwj mediante esperimenti su animali, recentemente anche da Alessio (1928).

Il Barbara crede che questa teoria possa prendere il suo giusto posto nella fisiopatologia dell'ulcera digestiva perchè clinicamente ha potuto osservare nell'anamnesi dei suoi ammalati ulcerosi note di nervosismo e di ipereccitabilità psichica, tendenza alla scialorrea, alla bradicardia, alla spasmofilia, ecc.

Il Goglia (1929) crede la si debba considerare come una integrazione della teoria neurogena, perchè quella al pari di questa richiede uno stato di abnorme eccitabilità del sistema parasimpatico o vagale. Ma fra le due però, quella che più ci dà ragione dell'insorgenza dell'ulcera, è la teoria neurogena. Questa, molto controversa ancora da internisti e chirurghi, ammette l'intervento del sistema nervoso centrale nel determinare l'ulcera gastrica, per il tramite della sezione vagale del sistema vago-simpatico. E, per quanto convenga riflettere che ancora non sono state messe completamente in luce le precise proprietà funzionali dei nervi dello stomaco, pure vi sono parecchi argomenti che autorizzano a ritenere che il vago possieda per lo stomaco proprietà in prevalenza motorie e secretive, e che all'altra sezione siano assegnate piuttosto funzioni regolatrici della circolazione sanguigna, linfatica e trofica. Alcune esperienze avrebbero però provato che tanto la sezione vagale che simpatica possono esercitare funzioni nell'uno e nell'altro senso; d'altro lato ci parla in favore del compito — da parte del vago — di regolare la motilità e la secrezione dello stomaco la sua disposizione anatomica, in quanto in tutto il suo percorso al collo, al torace e all'addome dimostra la sua duplice qualità di nervo-motore e secretore (muscoli del laringe, ghiandola tiroide, esofago, bronchi, cuore, plessi di Auerbach, ghiandole della mucosa gastrica). Così la disposizione anatomica della sezione simpatica ci dimostra una funzione regolatrice in quanto, proveniente dal plesso celiaco, essa raggiunge lo stomaco disponendosi lungo il decorso dei vasi, che avviluppa, penetrando fin nell'intimità del viscere; cosicchè non vi è vaso sanguigno che non sia accompagnato da un filuzzo simpatico. Però, pur riconoscendo questi uffici distinti delle due sezioni vagali, bisogna tener presente che le loro proprietà funzionali non sono esclusive, ma preponderanti (Schiassi). E questo anche perchè esiste un'innervazione autonoma dello stomaco, e poi perchè le innervazioni simpatica e parasimpatica si anastomizzano fra di loro anche prima che si distribuiscano nella intimità dei visceri.

Di questa teoria ne è paladino e sostenitore lo Schiassi, il quale ammette che anche l'ulcera gastrica, così come la duodenale, dipenda da un disequilibrio vago-simpatico: anche negli ulcerosi, come nei basedowiani, esiste una neurosi generica cui si aggiunge una neurosi specifica, e, mentre nei basedowiani

si svolge nell'ambito endocrino della tiroide, negli ulcerosi si svolge nell'ordigno trofo-secretivo gastrico. Cita l'autorità del Pende nel riconoscere quello che si può chiamare etiologismo interno (concernente la speciale organizzazione individuale per la quale il sistema nervoso vegetativo di un individuo presenta una speciale morbilità gastrica). Secondo lui la causa dello squilibrio può essere tanto emozionale, psichica, quanto tossica con azione del simpatico viscerale: donde un'alterazione negli scambi nutritizi ai quali il simpatico presiede e la possibilità di una perdita di sostanza. La causa emozionale od infettiva o tossica e forse anche traumatica rompe l'armonia funzionale delle due sezioni del simpatico: nei gastro-pazienti viene a prevalere il para-simpatico con conseguenza di turbe secretive, motorie e trofiche che vanno dalla dissecrezione alla ipersecrezione, alla ulcerazione unica o multipla.

A coloro che obiettano la non rispondenza di alterazioni istologiche nel sistema di innervazione degli ulcerosi, osserva che i nervi agiscono come via di conduzione di forza vitale senza bisogno di alterarsi, la forza perturbatrice avendo origine altrove. Anche il Ceconi la ritiene la più accettabile perchè, fra le tutte, la meno indeterminata.

Il Goglia pensa che essa debba integrarsi con la teoria dell'eccesso di secrezione che in fin fine non è che espressione e manifestazione di vagotonismo.

L'Udaondo insiste pure sui disturbi costituzionali del sistema nervoso vegetativo che creano un mezzo favorevole alla costituzione dell'ulcera; egli però non sa se incriminare più specialmente uno stato vagotonico o uno stato simpatico tonico.

Il Winternitz, richiamando l'attenzione sui rapporti fra ulcera gastrica e nevrosi gastrica, asserisce che l'ulcera non sarebbe che l'ultima conseguenza della neurosi adducendo come unico trattamento quello della scontinuità nervosa alla Schiassi.

***

È superfluo dire che la terapia dell'ulcera gastrica, per quanto tutt'ora presso un numero cospicuo di sanitari resista la terapia medica, deve essere essenzialmente chirurgica.

E se la questione del trattamento chirurgico è molto agitata senza ancora aver trovato la sua soluzione, ciò non deve meravigliare ove si pensi all'ignoranza completa in cui ci troviamo circa la patogenesi.

Il primo trattamento chirurgico è rappresentato dalla gastro-enterostomia che veniva praticata anche quando l'ulcera non ostacolava affatto lo svuotamento dello stomaco; e viene tutt'ora praticata nonostante il Tuffier dica che la gastro-enterostomia nell'ulcera g. non stenosante sia operazione priva di qualsiasi ragionevolezza. Per quanto non si sappia se il meccanismo di azione della g. e. s. sia essenzialmente meccanico o meccanico e chimico insieme ovvero se intervengono altri fattori, di fronte a guarigioni anatomiche vere (Krabbel, Dubs), è un fatto però che dopo intervalli più o meno lunghi di benessere, i pazienti ci ritornano con gli stessi sintomi od anche più gravi: si tratta certo in questi casi di recidive del male.

Fu poi associata alla g. e. s. la esclusione pilorica con diversi metodi (Parlavecchio, v. Eiselsberg, ecc.), ma, dimostratasi inadeguata allo scopo in quanto le recidive si osservavano lo stesso, è stata abbandonata come metodo sistematico, riserbandola come trattamento di eccezione.

L'operazione di Balfour (causticazione col cauterio) è pericolosa per emorragie secondarie, per infarti polmonari, flebiti.

Constatata l'insufficienza di questi interventi, i chirurghi hanno incominciato a praticare le resezioni gastriche, ora limitate ed ora più estese, ottenendo in tal modo lo scopo di asportare la zona malata e pare anche il vantaggio di scontinuare gli elementi nervosi che vanno all'ulcera. Pur anche con questi interventi si sono registrati casi di recidive, sicchè cade completamente la speranza d'aver risolto definitivamente il problema dell'intervento nell'ulcera peptica (Enderlen, Baum, ecc.).

V'è poi la serie dei sostenitori delle estesissime resezioni gastriche comprendenti anche l'antro (Haberer, Lorenz, Schur), i quali credono in tal modo di arrivare all'eliminazione completa dell'acido cloridrico dal succo gastrico: acidità ritenuta colpevole dell'insorgenza dell'ulcera peptica. Ma anche questi casi, sebbene l'esperienza sia limitata, hanno fornito insuccessi, dimostrandoci in tal modo che l'insorgenza dell'ulcera non è in rapporto esclusivo con lo stato di acidità cloridrica del succo gastrico; senza poi contare l'alta percentuale di mortalità che nelle resezioni raggiunge il 6-7 %.

Se vogliamo trovare una conclusione si può dire che nessuno dei metodi operatori suggeriti e sperimentati è capace di eliminare in modo assoluto il pericolo della recidiva, come pure abbiamo ragione di ritenere ancora alte le percentuali di mortalità. Ci par quindi sia a dimettersi l'idea della possibilità di una cura radicale, almeno con i mezzi di cui disponiamo, ed anche con quelli che arrivano alla pa-

radossale concezione di voler sopprimere l'organo per curarlo radicalmente. È nostro dovere aver di mira il rispetto dell'organo e non fare con troppo zelo della chirurgia di ablazione, brutale dal punto di vista biologico e contro natura (Leriche).

A questi concetti, cui dovrebbe ispirarsi la chirurgia moderna, credo si adatti bene l'operazione dello Schiassi, diretta sull'apparato nervoso dello stomaco: tale metodo noi abbiamo applicato nel caso che forma oggetto del presente lavoro e che, per il lusinghiero risultato ottenuto, abbiamo voluto render noto come contributo alla conoscenza della nuova concezione patogenetica dell'ulcera peptica e del suo trattamento.

E per quanto l'esperienza in proposito non sia ancora sufficiente per giudicare in qualche modo del valore di un tale trattamento, pure i risultati lontani dei casi fin'ora operati si mantengono duraturi: lo Schiassi presenta una statistica di 14 casi operati già da 4 anni; il nostro caso operato già da circa 3 anni.

Storia clinica. — M. M. fu Massimo, a. 33, da Colle di Val d'Elsa, entra in questa Sez. Chirurgica il 19 giugno 1926 (Reg. Gen. N. 243).

Padre morto di polmonite, madre vivente e sana.

Nata a termine da parto eutocico, ebbe allattamento materno, sviluppo psichico dell'infanzia normale. Sofferse in tenera età di morbillo.

Mestruò a 11 anni e le mestruazioni si mantennero sempre irregolari per ritmo, quantità e qualità.

Quattro anni or sono fu ammalata di febbri intestinali di cui guarì in un mese senza residuati.

A 27 anni riportò un grave trauma psichico.

I disturbi gastrici risalgono ad un anno or sono: in questa epoca la paziente, che prima digeriva sempre bene, venne colta improvvisamente — mentre stava pranzando — da un dolore sordo all'epigastrio con irradiazione a cintura e posteriormente al dorso (metà destra), accompagnato da pirosi, eruttazioni acide, non vomito.

Fu curata per diverso tempo per affezione epatica senza peraltro trovare alcun giovamento.

Dopo cinque mesi le sue condizioni andarono peggiorando, in quanto che al dolore, fattosi continuo e più violento, si aggiunse anche vomito alimentare: vi era senso di fame. Successivamente comparve anche melena ed ematemesi.

Vista da un altro sanitario diagnosticò ulcera gastrica, ma non avendo ottenuto beneficio dalle cure mediche esperite, si ricovera nel nostro Ospedale.

E. O. Persona di costituzione scheletrica regolare con scarso pannicolo adiposo, in condizioni generali di nutrizione deficienti. Nulla ai vari organi ed apparati; fegato e milza nei limiti fisiologici.

Addome: fortemente avvallato e trattabile in toto fuorchè all'epigastrio dove con la palpazione si determina dolore vivo tre dita al disopra dell'ombellico, e pronta difesa muscolare.

Si ritiene conveniente non praticare esami speciali, compreso il radiologico, per la persistente ematemesi.

Esame urine: negativo p. albumina, glucosio e pigmenti biliari.

Esame delle feci: sangue presente.

Operazione: il 23 giugno 1926 in anestesia eterea.

Laparotomia mediana sopra ombellicale. Gastro-enterostomia trans-meso-colica posteriore a tre strati con fissazione del neostoma alla breccia del mesocolon trasverso con punti staccati in seta, per

Ulcera pilorica: si associa entero-enteroanastomosi latero-laterale fra ansa afferente ed efferente.

Sutura della parete a strati in catgut, della cute in agrafes.

Decorso regolare; guarigione per prima; è dimessa il 27-VII-1926.

Stette bene fino al novembre, epoca in cui avvertì nuovamente dolori all'epigastrio che non trassero beneficio nè dalle solite applicazioni calde nè da alcun medicamento. Anzi persistette andando continuamente ad aumentare d'intensità, accompagnato da inappetenza, nausea, pirosi e finalmente da vomito alimentare.

Si ricovera in questa Sezione Chirurgica insistendo per un nuovo intervento.

E. O. Condizioni generali discrete; nulla ai vari apparati ed organi.

Addome: Pianeggiante, cicatrice ombellicale retratta, cicatrice operatoria sulla xifo-ombellicale. È indolente e trattabile su tutti i quadranti: si provoca solo dolore spiccato palpando sulla regione epigastrica.

Esame chimico e microscopico delle urine, negativo.

2ª operazione: 28 novembre 1926: etero-narcosi.

Escissione della vecchia cicatrice. Aderenze estese fra la parete e la faccia anteriore dello stomaco, che si liberano in parte per via smussa ed in parte col tagliente. Bocca anastomotica pervia, anse anastomizzate in buona posizione: *ulcera bassa* della piccola curva per la quale si pratica una resezione cuneiforme.

Si sutura il peritoneo evertendolo alla Taddei. Sutura a strati della parete.

Decorso regolare; guarigione p. primam; esce il 18-XII-26.

La nostra paziente è stata veramente bene fino al marzo 1927: in quest'epoca cominciò ad avvertire dolori all'epigastrio subito dopo i pasti, accompagnati da pirosi, eruttazioni acide; successivamente aumentarono i disturbi gastrici di intensità accompagnandosi ad insistente vomito alimentare: vi fu anche melena ed ematemesi.

Si ricovera per la terza volta in questo Ospedale.

E. O. Discrete le condizioni generali; riflesso congiuntivale e faringeo assenti. Nulla di notevole alla testa, collo, torace, cuore, vasi. I reni non si palpano; fegato e milza nei limiti.

Addome: avvallato con cicatrice ombellicale retratta; alla palpazione è indolente tanto alla palpazione superficiale quanto a quella profonda, tranne che in corrispondenza dell'epigastrio dove si provoca vivo dolore e difesa muscolare.

Esame urine: negativo per albumina e glucosio.

Esame feci: sangue presente.

3ª operazione, il 3 marzo 1927 in anestesia generale eterea.

Riaperto l'addome con laparotomia mediana sopraombellicale a sinistra della cicatrice operatoria, si trovano scarsissime e lasse aderenze che per via smussa cedono facilmente.

Ulcera alta della piccola curvatura della grandezza di un soldo di nuovo conio, scodelliforme, con intorno una zona d'infiltrazione d'aspetto raggiato.

Preparai e recisi la coronaria fra due legature: denudai col bisturi fino alla sierosa quella parte di piccola curva in cui si trovava l'ulcera, andando 3 cm. al di là della zona ulcerosa verso il cardias. Praticai successivamente l'incisione sul viscere in senso circolare, prima sulla faccia posteriore eppoi sulla anteriore, rispettando lo stoma: detta incisione l'ho fatta decorrere sul corpo dello stomaco a 3 cm. di distanza dalla zona ulcerata, interessando la sierosa ed una parte della muscolare arrestandomi in profondità allorchè vidi la ferita sanguinare vivamente, secondo quanto insegna lo Schiassi. Feci subito seguire una sutura siero-sierosa tipo Lembert in seta N. 1. Sutura delle pareti.

Decorso post-operatorio normalissimo; guarigione per prima.

Fin dal periodo immediatamente post-operatorio notai nella mia ammalata dei benefici soggettivi ed oggettivi che tutt'ora, a distanza di circa tre anni, si mantengono: i dolori si sono dileguati, la pirosi non è più ricomparsa, la digestione si compie normalmente; qualsiasi alimento è ben sopportato, e il ritorno sollecito alla normale digestione ha concesso all'ammalata la tranquillità della guarigione conseguita.

La paziente soffriva anche di iperacidità che è stata benevolmente influenzata dalla discontinuità vago-simpatica e che innanzi non aveva risentito nè della gastroenterostomia nè di una resezione parziale: mi pare quindi di essere autorizzato a ritenere che il concetto finora dominante, che cioè l'insorgenza dell'ulcera peptica fosse in rapporto esclusivo con lo stato di acidità cloridrica, non sia integralmente giusto, ma che questo elemento « acidità » causale sia sostenuto da una disfunzione del sistema vagale.

Per quanto lo scarso numero di operazioni eseguite fino ad ora non permetta di trarre delle conclusioni definitive, pure questo trattamento merita di essere preso in considerazione e di essere applicato con fiducia. E' una nuova chirurgia gastrica ancora in pieno sviluppo: ogni caso che si renda noto può portare elementi buoni per la soluzione del quesito e per l'impostazione di nuovi problemi.

I primi risultati sono incoraggianti.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso in cui, operata l'ammalata per ulcera gastrica due volte, con gastro-enterostomia prima e poi con resezione parziale, è intervenuto una terza volta — ottenendone guarigione completa e duratura — con il met. Schiassi (discontinuità vago-simpatica)

Colle Val d'Elsa, 19-XII-29 - VIII.

BIBLIOGRAFIA.

Cesaris-Demel. Pathologica, n. 341, 1923.

Bufalini. Archiv. It. di Chirurgia, vol. XIV, fascicolo 6, 1925.

Mucci. Ibid., vol. XVI, n. 2, 1926.

Schiassi. Ibid., vol. XVII, n. 1, 1927.

Ceconi. *Corso di lezioni cliniche.* Ed. Minerva Med., Torino, 1927.

Udaondo. Archiv. App. digest. et nutritiv., ottobre 1928, n. 8.

Winternitz. Società medica triestina; seduta 14 dicembre 1928.

Goglia. *L'ulcera duodenale con particolare riguardo a nuove acquisizioni patogenetiche e diagnostiche.* Notiziario di diagnostica e terapia, n. 5, 1928.

Barbara. Rinnovamento Medico, n. 7, 1929.

Pende. *Le debolezze di costituzione.* Bardi, Roma, 1928.

NOTE DI TECNICA

Sopra una nuova reazione del glucosio atta a svelarne minime quantità negli umori dell'organismo.

Nota preventiva del dott. Emilio Pittarelli.

Nessuna delle sostanze che il biochimico incontra nelle sue ricerche, ha un numero di reattivi e di processi che uguagli il glucosio: io conosco 67 reattivi, distribuiti in 209 processi, e non pretendo di conoscerli tutti! Ma con tutta tale abbondanza, non siamo ancora in grado di identificare le minime quantità di quello zucchero, senza alcune previe, spesso defatiganti operazioni, intese al fine di eliminare *possibilmente* ogni altra sostanza capace di simularne o dissimularne la presenza. Fra tali operazioni preliminari — di depurazione, o, come le chiamano i colleghi francesi, di *defecazione* — la più efficace è, senza confronti, la precipitazione con nitrato mercurico e soda caustica, la quale va, anche in libri italiani, e anche dopo che io ne ho rivendicato la priorità sulle principali nostre Riviste, sotto il nome di Patein o di Patein-Dufau; ma tutte queste defecazioni partono fatalmente dal preconcetto che, dopo di esse, nell'umore defecato non sia rimasto altro che il glucosio. Ma con ciò ci si aggira in un manifesto circolo vizioso,

perchè, con tale ammissione, noi diamo per dimostrato quello appunto che bisognerebbe dimostrare. Ora, per poter dimostrare ciò apoditticamente noi dovremmo possedere proprio quel reattivo, che non abbiamo, e che fosse a un tempo *sensibile* e *caratteristico* del glucosio; mentre le reazioni più sensibili che possediamo finora, e che sono le sole atte a svelarne le minime quantità, si basano tutte sul potere riduttore, cioè sopra una proprietà generalissima degli umori organici, che il glucosio divide perfino con sostanze minerali, e accumuna nello stesso effetto analitico, p. es., glucosio, acido arsenioso e resorcina, tre sostanze che non hanno fra loro nessuna, neanche lontanissima parentela chimica. Qualunque sforzo per diminuire la distanza che ci separa dalla reazione ideale, può quindi meritar la simpatia dei biochimici ed eccitarne l'interesse per controllare e far di meglio; e al loro « giusto giudizio » sottopongo perciò una reazione che io ho incontrato, studiando i corpi che si formano nello sgretolamento della molecola glucosica, determinato dall'azione a caldo degl'idrati alcalini e alcalino-terrosi. La descrivo succintamente, riservando a un tempo ulteriore una trattazione più minuta.

Se si mantiene all'ebollizione per qualche minuto una soluzione alcalina di glucosio con della fenilidrazina; se, dopo raffreddamento, si aggiunge del paramidofenolo e si sbatte all'aria, comparisce dopo alcuni istanti una intensa colorazione rosso-viola, la quale per aggiunta di un sale solubile di magnesio, si converte in una splendida lacca di colore azzurro o azzurro-violaceo. L'aria agisce per il suo ossigeno (ossidanti più energici non sono indicati); l'ordine indicato nell'uso dei reattivi è obbligatorio, perchè se si aggiunge prima paramidofenolo e poi fenilidrazina, la reazione non si verifica, e non si verifica nettamente neanche se il saggio si esegue con i due reattivi uniti insieme.

La colorazione rosso-viola è molto sensibile; la sensibilità viene aumentata dalla formazione della lacca, che raduna la materia colorante sotto piccolo volume, e per la stessa ragione viene aumentata anche dall'alcool amilico, che estrae la materia colorandosi esso medesimo in rosso intenso. Lasciando il saggio in riposo, la colorazione scomparisce in breve, ma ricomparisce sbattendo di nuovo all'aria, fino a che, dopo alcune ore, cede il luogo a un precipitato bruno.

La reazione si può applicare direttamente all'orina; solo che, qui, l'alcalinizzazione bisogna ottenerla con calce idrata in eccesso, allo scopo di allontanare l'acido fosforico. Questo, infatti, nell'ultima fase del processo precipiterebbe col sale di magnesio aggiunto, e impedirebbe la formazione della lacca. Ma se, per concentrare la materia colorante, ci si serve dell'alcool amilico, l'alcalinizzazione può farsi anche con potassa o soda caustica.

Questa reazione è stata da me fatta conoscere tempo addietro come propria dell'aldeide formica, della quale, anzi, costituisce la più sensibile delle reazioni conosciute finora. Ciò ne dimostra la genesi e il meccanismo, nel caso del glucosio. L'alcali produce dal glucosio, fra altro, aldeide formica; questa viene captata dalla fenilidrazina presente, e il fenilidrazone che ne deriva e non è volatile, forma col paramidofenolo e con l'ossigeno dell'aria una materia colorante rosso-viola. Nei saggi praticati senza fenilidrazina la formaldeide si volatilizza, e perciò non si ritrova con nessuna reazione.

La genesi e il meccanismo della reazione ne mette pure in evidenza l'unica causa d'errore: la formaldeide eventualmente preformata, per ingestione di preparati formalinici: urotropina, elmitolo, neosalvarsan, ecc. Il rimedio in tali casi consiste nell'evitare la somministrazione di quei medicamenti. Questi, dal canto loro, si scoprono scaldando con fenilidrazina l'orina (acidificata con acido cloridrico) fin verso 80°-90° C.: l'aldeide si mette in libertà e si combina all'idrazina, e sarà poi svelata dall'aggiunta di paramidofenolo ed alcali. Il glucosio invece, in soluzione non alcalina, anche portato all'ebollizione, non fornisce traccia di aldeide.

Quando si abbia occasione di ricercare il glucosio nonostante la presenza di preparati formalinici, si ricorrerà all'evaporazione: 2-3 cmc. di orina, acidificati con acido cloridrico, si evaporano a bagnomaria o a lento calore, e la ricerca del glucosio si eseguirà sul residuo secco, che non contiene più aldeide formica.

Negli altri umori dell'organismo la reazione vien disturbata dal colore proprio di essi e dagli albuminoidi normalmente presenti: l'uno e gli altri si elimineranno a un tempo con acetato basico di piombo; il colore, in ispecie, non si toglierà mai col nero animale, che adsorbe il glucosio.

Per la tecnica dell'operazione si proceda come segue:

Una piccola quantità di orina, p. e. 10-15 cmc., si rimescola con una punta di coltello di calce idrata; dopo sedimentata, il che avviene in brevissimo tempo, si decantano o si

pipettano 4-5 cmc. di orina, vi si aggiunge qualche centigr. di fenilidrazina idroclorica, e si bolle. Al miscuglio raffreddato si aggiunge qualche centigr. di paramidofenolo, e si sbatte all'aria. Infine, si può aggiungere solfato di magnesio o alcool amilico, se il colore del saggio è dubbio.

Campochiaro (Campobasso), 3 maggio 1930-VIII.

RIASSUNTO.

Riscaldando con fenilidrazina una soluzione di glucosio alcalinizzata con idrati alcalini o alcalino-terrosi, si produce un fenilidrazone formico, il quale per aggiunta di paramidofenolo e sbattimento all'aria si colora intensamente in rosso-viola. Questa colorazione svela le minime tracce di glucosio.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

OSPEDALE CIVILE DI S. GIOVANNI IN PERSICETO.
SEZ. CHIR. diretta dal prof. ARNALDO MARTINELLI

Di un nuovo apparecchio per la trasfusione del sangue

per il dott. PIETRO FRASSINETI, aiuto.

Unicamente perchè qualcosa di molto simile sembra ci pervenga d'oltr'Alpe (*) m'induco a presentare l'apparecchio per trasfusione di sangue puro o più esattamente di sangue non addizionato a sostanze anticoagulanti che ho ideato e che da oltre un anno, nel limite delle modeste possibilità del reparto presso il quale lavoro, esperimento così sugli animali come sull'uomo.

La casistica sperimentale è tuttora alquanto ristretta; non più che tre prove sui cani e due applicazioni sull'uomo.

L'esito soddisfacente in ogni caso.

Il concetto al quale si ispira il modello qui riprodotto si riassume nella ricerca del mezzo più atto a mantenere nei tubi di collegamento fra i trequarti, infissi nelle vene del donatore e del ricevente, e l'apparecchio un movimento di afflusso ininterrotto. Ed a ciò si giunge stabilendo un rapporto di continuità alterno fra i tubi nei quali scorre il sangue in aspirazione ed in pressione con un recipiente contenente soluzione fisiologica sterile.

Parti componenti. — L'apparecchio si compone nella sua parte caratteristica o sostanziale:

(*) Apparecchio per la trasfusione del sangue del Dott. TZANCK, An. Com.le Archivio Italiano di Chirurgia, vol. XXV, fasc. 6.

1) *Di un cilindro esterno cavo* forato equidistantemente su tre punti di un'emicirconferenza della sua sezione orizzontale mediana, e recante, a livello di questi, tre raccordi per tubo di gomma; tagliato, sulla emicirconferenza opposta, da una fessura rettangolare entro la quale scorre il raccordo della siringa, che dell'apparecchio è parte complementare.

2) *Di un cilindro interno pieno* a sezione conica, attraversato sull'intiera lunghezza del suo diametro mediano da un foro, che da un lato reca l'impostatura atta a ricevere il cono di raccordo della siringa, sbocca sul lato opposto in un'apertura che eguaglia per diametro (3 mm. circa) il diametro dei tre fori praticati sul cilindro periferico. Si affiancano a questa apertura due brevi scanalature orizzontali, ad essa equidistanti, che vestono l'ufficio di porre in comunicazione il tubo che, abbandonato dall'azione aspirante o premente della siringa, resterebbe ripieno di sangue stagnante e perciò facilmente soggetto a coagulare, col tubo centrale percorso dalla soluzione fisiologica. Al tubo laterale opposto affluisce nel contempo il sangue risucchiato dalla vena del donatore e sospinto nella vena del ricevente dallo stantuffo azionato dalla mano dell'operatore.

Si innesta al dispositivo descritto una siringa della capacità di 10-20 cmc.

Tecnica di impiego. — L'apparecchio, così

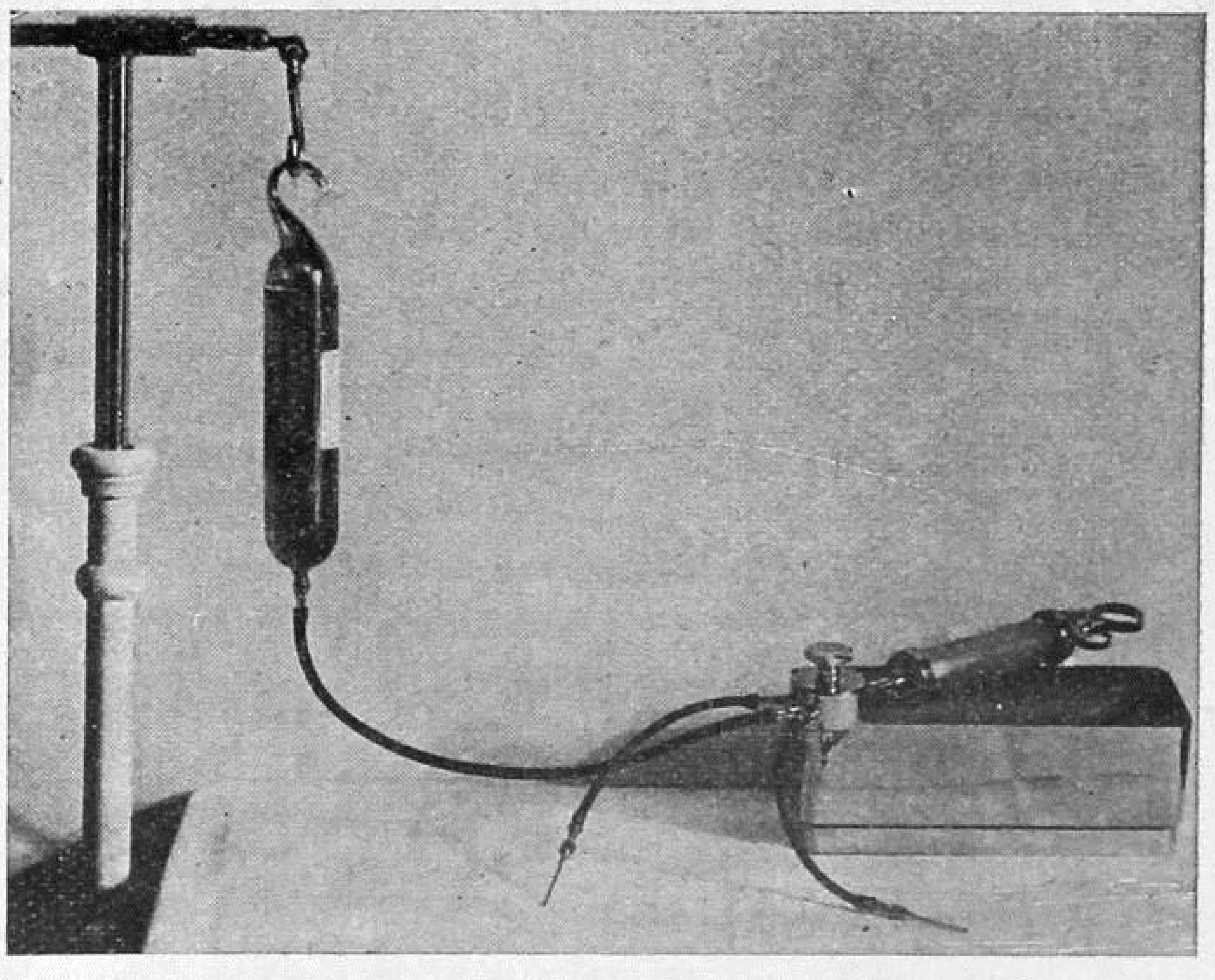


FIG. 1. — Apparecchio per trasfusione pronto per l'uso.

come la figura lo riproduce, è pronto per l'uso (fig. 1).

Il donatore ed il ricevente vengono opportunamente disposti ed apparecchiati.

Si aspira, dirigendo la siringa sull'asse B (figura 2), la soluzione fisiologica; di cui, per rotazione del cilindro interno, dietro opportuna deviazione della siringa stessa, si riem-

pie, scacciandone l'aria, la via sull'asse A; concomitantemente la soluzione fisiologica colmerà di sè, transitando per lo spazio 2, la via posta sull'asse C.

S'introducono allora i trequarti tanto nella vena del donatore quanto nella vena del ricevente, iniziando l'aspirazione colla siringa posta sull'asse A, supponendo il donatore da quel lato.

Cominciata così l'operazione, mentre la siringa aspira in A, la soluzione fisiologica percorre la via B-2-C.

Ricolma di sangue la siringa la si sposta

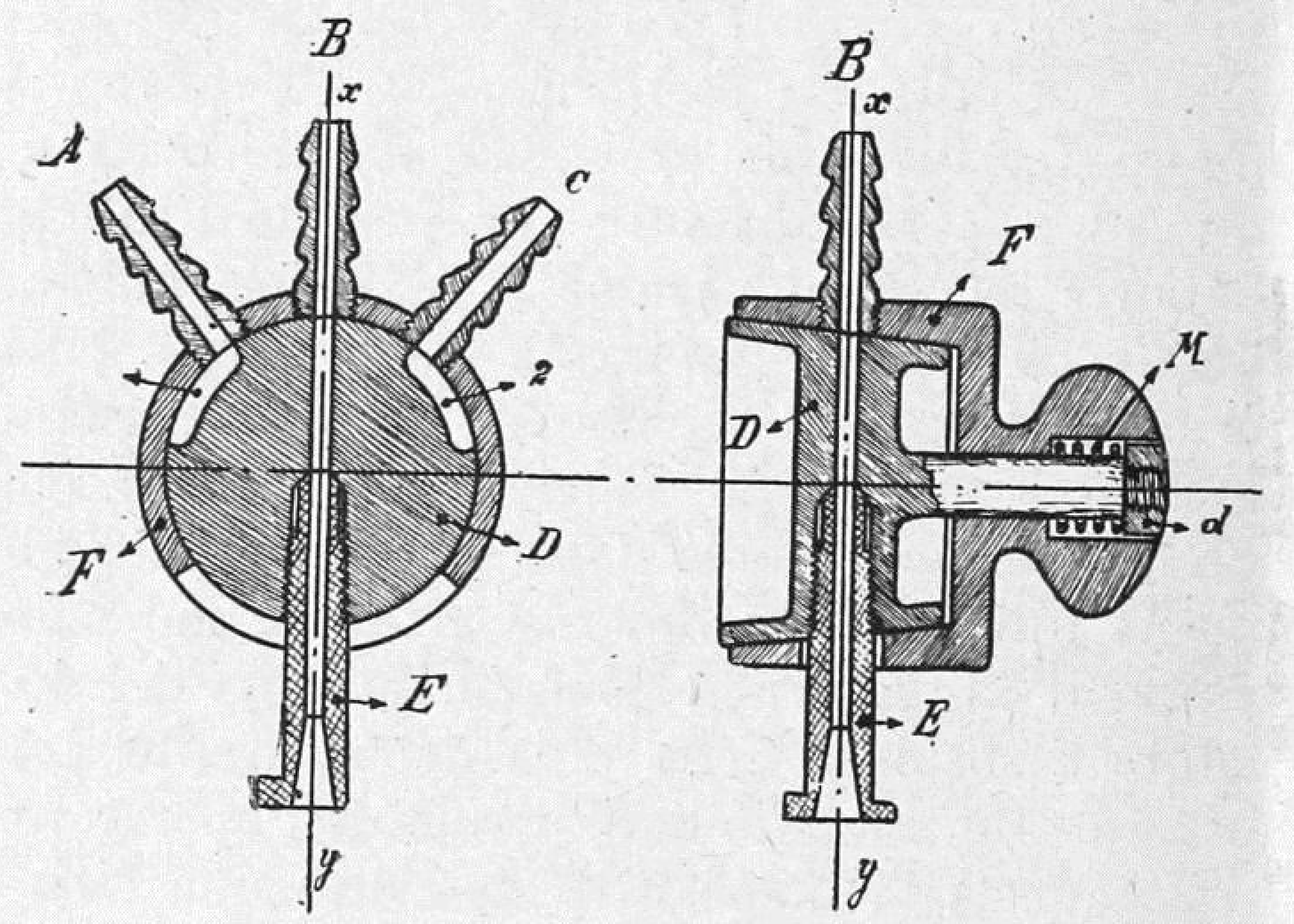


FIG. 2. — Schizzo dimostrativo dell'apparecchio di cui alla fig. 1. — In alto: Sezione longitunale; in basso: Sezione trasversale. — *x-y*, indice di sezione; *F*, cilindro esterno; *A*, *B*, *C*, raccordi per tubi di gomma; *D*, cilindro interno; *E*, raccordo per siringa; 1, 2, scanalature orizzontali simmetriche del cilindro interno; *d*, dato di contenzione con sottostante molla M.

in C, mentre la soluzione fisiologica devia per B-1-A.

Si ottiene in tal modo di mantenere costantemente sgombra dal sangue la via non percorsa dalla corrente mossa dalla siringa, opponendo un valido accorgimento alla possibilità che il sangue, altrimenti stagnante, coaguli; senza peraltro che alcun pregiudizio ne derivi alla correttezza ed al buon esito dell'intervento: il fabbisogno per ogni comune trasfusione non superando di solito i pochi cmc. di soluzione sterile.

Vantaggi. — Il sovraesposto è l'utile precipuo che si vuole raggiungere col mezzo ideato.

Si associa a questo, altro grande vantaggio: la possibilità cioè di *variare donatore* senza che si renda necessaria una sollecitudine eccessiva, nociva alla correttezza della tecnica, nè tanto meno di rimuovere in totalità l'apparecchio per sgombrarlo del sangue in esso troppo a lungo fermo, quindi raggrumato o per tale sospettabile.

E' sufficiente distaccare il raccordo del gommino che si innesta al trequarti portato dal donatore, farne uscire un poco di soluzione fisiologica, deviando per breve tempo la siringa in C; approssimare il nuovo donatore, già punto nella vena e col trequarti in sito; innescare e riprendere l'identica manualità.

Conviene citare altresì tra i buoni requisiti dell'apparecchio la semplicità notevole; la possibilità di un uso corretto anche per chi sia scarsamente provvisto di assistenza; l'opportunità di potere associare o sostituire, quando ne sorga l'indicazione, l'iniezione di siero artificiale o soluzione fisiologica.

Difetti. — Pochi e che ritengo ovviabili.

1) Il dispositivo presentato, come accessorio ad una piccola siringa, riesce un poco ingombrante e non di rapidissima manovra.

2) Comporta un numero di raccordi non minimo e che giudico riducibile.

Raccordi che, per quanto esatti, non sono perfetti e quindi poco simpatici per le anfrattuosità che provocano sul percorso della colonna sanguigna, pel rallentamento su quei punti della corrente e di conseguenza per l'aumento di probabilità alla formazione di piccoli coaguli che ne deriva.

Queste ragioni e il desiderio resultante di alleggerire dei difetti enunciati l'attuazione del concetto meccanico mi hanno indotto, senza allontanarmi dall'idea informatrice, ad orientarmi verso una forma diversa, consigliandomi ad abbandonare il proposito di pubblicare l'apparecchio che ho qui sopra descritto.

Siccome altri, e di terra straniera, presenta oggi ed introduce nel nostro mercato un qualcosa di somigliante, mi conviene scrivere attorno a quello che voleva essere un passo verso la mèta, non la mèta stessa.

*
* *

La stessa Ditta costruttrice, a cui debbo la realizzazione del primo disegno, sta costruendo un nuovo modello di apparecchio che supera con un salto a piè pari le deficienze imputabili al primo.

Mi riprometto di presentarlo non appena completo.

Per le innumeri difficoltà tuttavia che si coalizzano spietatamente contro chi ha il torto di volere superare il già fatto per dirigersi verso forme nuove e meglio rispondenti al bisogno, difficoltà in questo ed in altri casi saggiate e con dispetto subìte; e perchè non abbia ancora a verificarsi che altri, meglio di me

assistito e sussidiato, corra più veloce, non attendo il compimento per esporne le linee direttive.

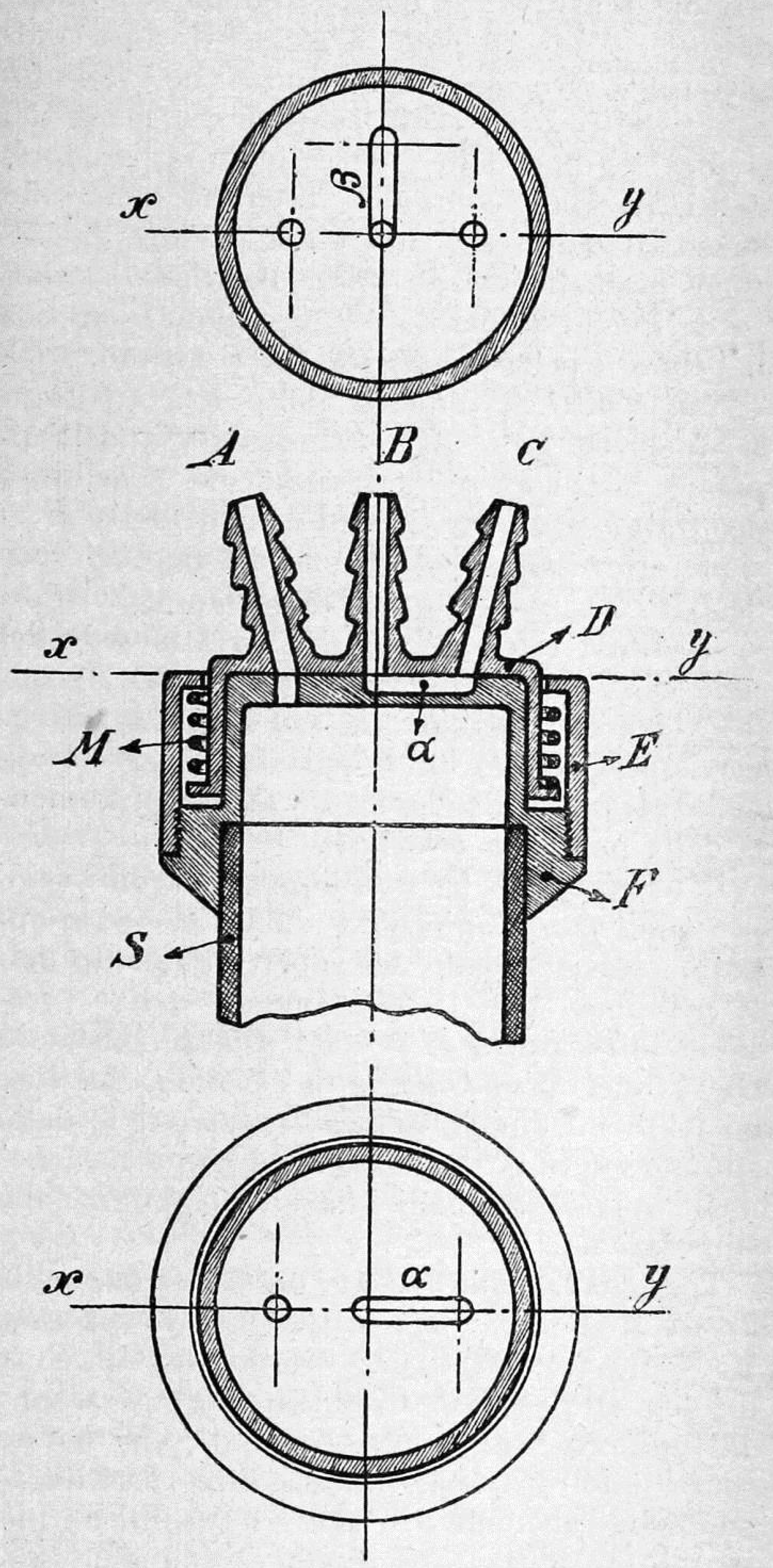


FIG. 3. — Schizzo dimostrativo dell'apparecchio in costruzione. — In alto: fondo mobile visto sulla faccia interna secondo la sezione *x-y*. — In mezzo: apparecchio in sezione longitudinale. — In basso: fondo fisso visto sulla faccia esterna secondo la sezione *x-y*. — *A*, *B*, *C*, raccordi per tubi di gomma; *D*, testa girevole o fondo mobile; *E*, anello per contenzione della testa *D*, contenente la molla *M*; *F*, testa (o fondo) fissa alla estremità della siringa *S*; *α*, scanalatura incisa sulla faccia esterna del fondo fisso; *β*, scanalatura incisa sulla faccia interna del fondo mobile.

Il nuovo apparecchio in costruzione si esprime in una siringa di capacità varia (10-20 cmc.), a doppio fondo (fig. 3).

Il fondo mobile è fornito di tre fori posti sullo stesso diametro, uno sul centro, gli altri agli estremi, sboccanti in tre raccordi per tubo di gomma.

Dal foro centrale parte normalmente al diametro posto sulla linea dei tre fori una scanalatura (B) che non tocca la periferia del disco, atta a porre in comunicazione, dietro opportuna rotazione dell'un fondo sull'altro, il foro centrale col cavo della siringa.

Il fondo solidale al cilindro è munito, sul diametro corrispondente a quello intersecante le tre aperture del primo fondo, di un foro su di un estremo e di una scanalatura (A), scavata nel suo spessore sulla metà opposta, partente dal centro ed arrestantesi un poco all'interno della circonferenza periferica del fondo stesso; capace di stabilire cioè una comunicazione fra il foro centrale ed uno dei fori periferici, una volta adagiato sulla superficie interna del fondo mobile.

L'altro foro periferico di questo fondo combacia allora coll'unico foro praticato sul fondo fisso.

Il cavo del cilindro è così in comunicazione diretta con una via di afflusso alla siringa, mentre la via opposta chiusa alla siringa stessa è connessa col raccordo centrale destinato a ricevere il tubo di gomma recante la soluzione fisiologica.

I raccordi estremi sono designati ad accogliere il sangue rispettivamente dal donatore alla siringa e dalla siringa verso il ricevente.

Il fondo fisso alla siringa ruota con essa *in toto*, di un angolo piatto, mosso dalla mano destra dell'operatore, in seno al fondo mobile fermo nella mano sinistra dello stesso, alternando al lavacro della soluzione fisiologica il tubo che porta il sangue in aspirazione e quello che lo contiene in pressione.

Identico concetto in espressione diversa.

Semplificazione, alleggerimento, maggiore agilità di manovra, e, ciò che più importa, vie più facili e più brevi.

*
* *

Questo ho scritto, non per l'uzzolo di giunger primo, ma perchè non sia sterile, per quanto modesto, il lavoro compiuto, e perchè non sia proprio solo degli altri ciò che per diritto di concomitanza se, per sorte avversa, non di priorità, è anche nostro.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce circa un apparecchio per la trasfusione di sangue puro da lui ideato e sperimentato con felici risultati.

Il fine che egli persegue e raggiunge è quello di mantenere ininterrotta la corrente di afflusso nei tubi di collegamento fra donatore ed apparecchio, apparecchio e ricevente, comunicando per un terzo tubo con un recipiente contenente soluzione fisiologica sterile; la quale, per la particolare struttura del mezzo trasfondente, perviene alternativamente, sgombrando del sangue la via interposta, alla vena del donatore ed a quella del ricevente.

L'apparecchio di uso facile e rapido, consente la massima sicurezza e proprietà di tecnica anche se scarsamente provvisti di assistenza, permettendo altresì, senza disagio e con corretta sollecitudine, la sostituzione di donatore.

RIVENDICAZIONI

Intorno al riflesso carotideo.

In questi ultimi anni vanno assumendo una importanza sempre crescente gli studi intorno al riflesso del seno carotideo, studi che hanno messo in evidenza la importanza fisiologica e patologica di quel tratto della carotide primitiva che si trova in prossimità della biforcazione di essa in carotide esterna e interna. Il seno o bulbo carotideo è una piccola dilatazione situata alla radice della carotide interna, subito dopo la sua origine dal tronco comune.

E' stata dettagliatamente studiata anche la innervazione di tale importante sezione: se ci riferiamo più particolarmente a quello che si ha nell'uomo, dal n. glossofaringeo si partono numerosi filetti che si perdono nel plesso carotideo, dove si anastomizzano con rami provenienti dal vago e dal simpatico. Soltanto nel cane è riuscito a Hering di scoprire un ramo nervoso che, partito dal IX paio, arriva fino al seno carotideo, e che egli ha chiamato *Sinusnerv* o nervo carotideo. L'importanza fisiopatologica del seno carotideo deriva dalla constatazione ripetuta oramai da vari osservatori, che cioè l'eccitazione elettrica o meccanica di questo tratto della carotide determina un rallentamento dei battiti cardiaci e una depressione arteriosa.

Gli stessi effetti si ottengono determinando un brusco aumento di pressione dentro la carotide primitiva, anzi questa esperienza ha molto maggiore importanza, perchè, oltre a dare la dimostrazione della sensibilità che hanno anche le pareti interne di questo tronco arterioso, ne determina la eccitazione per mezzo di uno stimolo perfettamente fisiologico, quale è quello di un aumento della pressione sanguigna.

Numerose esperienze condotte con criteri diversi hanno dimostrato altresì che il seno carotideo perde la proprietà di reagire ad ogni stimolo sensitivo, se è privato della sua innervazione; e ancora potè lo stesso Hering completare la ricerca, dimostrando che l'eccitazione elettrica del ramo centrale del nervo del seno è seguìta dalle stesse reazioni prodotte dall'irritazione, comunque ottenuta, del seno stesso. Il taglio dei due vaghi o l'atropinizzazione permette poi di isolare il riflesso cardiaco da quello vasomotorio, in quanto scompare il primo e persiste soltanto quest'ultimo.

Non è difficile rendersi conto dell'importanza di questi fatti nella fisio-patologia dell'apparato circolatorio: dimostrata la sensibilità del tratto carotideo ai cambiamenti della pressione arteriosa, si capisce che i fenomeni suddescritti assumono tutta l'importanza di riflessi di difesa intervascolare; e, data la sede del seno carotideo all'ingresso dell'encefalo, risulta evidente il meccanismo che tende a proteggere quest'organo di importanza così elevata nella gerarchia fisiologica da anormali aumenti della pressione arteriosa.

Il meccanismo ha una duplice estrinsecazione, ossia può manifestarsi anche in senso opposto (acceleramento del cuore e aumento della pressione) per l'abbassamento della pressione intracarotidea: è stato difatti constatato che l'innervazione del seno carotideo ha luogo in modo tonico, onde la soppressione dello stimolo continuo fisiologico è seguìta da fenomeni opposti a quelli che si ottengono colla stimolazione.

Troviamo in una recente pubblicazione nella *Presse Médicale* (2 aprile 1930) di Hovelacque, Maes, Binet, Gayet, uno studio anatomico e fisiologico di questo argomento, ma purtroppo dal numero degli autori ivi citati, che hanno contribuito a queste interessanti ricerche, è scomparso il nome di quelli che primi ne misero in evidenza tutta l'importanza e ne studiarono il meccanismo con tutto il rigore desiderabile.

Non possiamo quindi lasciare passare inosservata una dimenticanza che minaccia di attribuire ad altri tutto il merito di una scoperta, che oggi ritorna ad assumere una grande importanza e si riveste di attualità.

A dire il vero l'Hering, che più di tutti si è occupato dell'argomento e che nel 1927 ha pubblicato una bella monografia dal titolo: « Die Karotissinusreflex auf Herz und Gefässe » fa una larga citazione del lavoro di Pagano, a cui io alludevo, e che data dal 1900, ma mi sembra che egli non ne riconosca tutta la importanza che esso realmente ha: a mio modo

di vedere le esperienze di Pagano restano sempre le prime e quelle fondamentali in questo argomento; poco è stato aggiunto dopo per completarle, specialmente nei riguardi delle vie anatomiche seguìte dall'azione nervosa; e quindi è assolutamente doveroso mantenere sempre presente il nome di Pagano in questo argomento, che solo dopo le sue ricerche assunse il significato e l'importanza che oggi gli si deve giustamente riconoscere.

La critica che lo stesso Hering fa alle esperienze di Pagano risente un po' lo sforzo di volerne diminuire l'importanza, mentre che i due fatti capitali, cioè la natura riflessa della azione nervosa e la precisa localizzazione di essa tra l'origine della carotide primitiva e la sua biforcazione, erano stati da Pagano per il primo nettamente stabiliti. E' vero che egli non affermò con sicurezza che si trattasse di riflesso nervoso, e parlò piuttosto per ragioni di prudenza di azioni indirette o a distanza, ma egli si fermò più specialmente sull'ipotesi dell'azione riflessa, ammettendo la necessità di una via sensitiva e di una via motrice per la estrinsecazione del fenomeno. Nè si intende la obiezione che l'estirpazione dei gangli del simpatico (che nella esperienza di Pagano impedisce ogni reazione nervosa) possa avere leso il nervo del seno o il vago; effettivamente la lesione del primo rispondeva allo scopo della esperienza (cioè di interrompere la via sensitiva), mentre contro la seconda parte dell'obiezione sta la constatazione che dopo il taglio dei vaghi mancava soltanto ogni effetto sul cuore, appunto perchè era stata interrotta la via motrice. Hering obietta ancora che mancano nelle esperienze di Pagano dei dati precisi cronologici (difatti per Pagano la immediata comparsa della reazione cardiaca è uno degli argomenti principali su cui egli fonda l'ipotesi della natura riflessa); ma per chi guarda i tracciati che illustrano il lavoro non vi può essere dubbio su questo punto; nè si saprebbe quale altro accorgimento di tecnica avrebbe potuto rendere più esatta la constatazione del fatto.

Contrariamente all'affermazione di Hering, Pagano ha ripetuto (modificandola) l'esperienza di François-Franck provocando meccanicamente un aumento di pressione dentro il moncone periferico della carotide, e trovando ugualmente che l'effetto cardio-inibitore mancava, quando erano estirpati i gangli del simpatico. È dunque per lo meno strana la conclusione di Hering quando afferma che Pagano *era vicino al vero* riguardo alla localizzazione della sede del riflesso carotideo ma che le sue esperienze non sono abbastanza dimostrative (*entbehren jedoch der Beweiskraft*). L'unica differenza che troviamo tra le esperienze di Pagano e quelle di Hering consiste soltanto nel fatto che nelle prime non è stato individualizzato il riflesso vasomotore (azione depressoria della stimolazione carotidea), benchè anche Pagano afferma che dopo il taglio dei vaghi persista l'effetto sulla pressione.

La parte più interessante della monografia di Hering consiste nelle considerazioni generali che l'A. fa intorno al significato del riflesso carotideo accanto al riflesso aortico (che avviene attraverso il n. depressore), al loro tono, mantenuto appunto mediante l'azione riflessa che parte dalla superficie interna di questi vasi, per cui è logico riguardare questi meccanismi come dei veri regolatori della pressione sanguigna, e inoltre intorno alle possibili applicazioni alla patologia umana; difatti l'A. ha potuto constatare (ripetendo un esperimento già fatto da Concato) che le lesioni arteriosclerotiche possono determinare un aumento di eccitabilità dei nervi sensitivi vasali (per cui negli arteriosclerotici la pressione sul seno carotideo con maggiore facilità produce il riflesso cardiaco). Ne deriva anche la possibilità che gli stati ipertensivi siano mantenuti dalla esclusione funzionale del detto meccanismo regolatore.

Anch'io, nel 1900, prendendo appunto le mosse dalle ricerche di Pagano, mi occupai dello stesso argomento e specialmente della compressione delle carotidi.

Le mie ricerche d'allora furono criticate da Kisch e Sakai in un lavoro pubblicato negli Archivi di Pflüger nel 1923, tuttavia le conclusioni da me prospettate furono identiche a quelle ora affermate da Hering; difatti anch'io avevo ammesso che lo stimolo fisiologico della parete interna della carotide è la pressione del sangue, per cui si ha un'azione continua inibitrice sul cuore, un tono inibitore, che viene a cessare o a diminuire quando la pressione dentro le carotidi si abbassa per la chiusura temporanea di esse a monte della biforcazione. L'innervazione sensitiva appartiene secondo le ricerche di Pagano e le mie al simpatico: non ha importanza che il n. carotideo derivi dal glossofaringeo; dal momento che la stimolazione elettrica del capo centrale di questo nervo non ha dato a Hering alcuna azione sulla pressione sanguigna, è da pensare che i rami depressori appartengano al simpatico, col quale effettivamente il glossofaringeo scambia dei rami anastomotici alla sua uscita dal cranio.

Le obiezioni dei due detti Autori si riferisco-

no al dubbio che il vago resti offeso nello strappo del g. cerv. sup., obiezione che fu da me prevenuta, essendomi assicurato che il taglio dei vaghi era sempre capace di dare una accelerazione dei battiti cardiaci; altra obiezione si riferisce alla eventuale distruzione di fibre simpatiche acceleratrici dopo lo strappo del simpatico al collo, per cui si avrebbe la mancanza delle reazioni cardio-vascolari; ma contro di essa sta l'esperienza che dimostra lo scomparire dei fenomeni soltanto da un lato dopo la distruzione unilaterale del g. cervicale sup. Poco valore ha anche l'obiezione che gli effetti della chiusura delle due carotidi sono notevolmente più intensi di quello che dovrebbero corrispondere agli effetti sommati della chiusura di ciascuna delle due carotidi, obiezione che gli AA. invocano in sostegno della loro interpetrazione che si tratti di disturbi di irrorazione sanguigna dei centri nervosi; ben diverse sono le condizioni di pressione a valle della chiusura in caso che si comprimano una o tutte e due le carotidi.

Ma, dopo tutto, io credo che è oramai superfluo insistere nel rilevare gli appunti fatti dai due Autori, dal momento che le esperienze ulteriori hanno confermato le mie ricerche ed hanno confermato anche la mia interpetrazione.

Del resto con molto piacere leggiamo nell'ultimo fascicolo di aprile della *Rassegna clinico-scientifica* un articolo del prof. Foà, il quale, con parole molto chiare, stabilisce nettamente la priorità della scoperta di Pagano e delle ricerche fatte in seguito da me, per cui io credo che non sia necessario spendere ulteriori parole a difesa dei nostri lavori. Ma sarebbe opportuno che anche fuori d'Italia essi non venissero discreditati o misconosciuti.

Anche in altro recente lavoro, comparso nella *Klinische Wockenschrift* (n. 15) Heymans, che molto si è occupato delle correlazioni funzionali cardio-arteriose sopratutto col metodo della circolazione crociata tra due animali, mentre cita le mie esperienze non ricorda affatto quelle di Pagano, che indiscutibilmente furono quelle che aprirono la strada alle ulteriori ricerche.

E, per mettere meglio le cose a posto, dal momento che a tanti sintomi funzionali e a tanti segni semiologici si vuole sempre aggiungere il nome dello scopritore, è doveroso che il riflesso carotideo si chiami « riflesso di Pagano ».

L. SICILIANO
R. Università di Firenze.

SUNTI E RASSEGNE.

TISIOLOGIA.

Presenza di bacillo del tipo bovino nella tubercolosi polmonare; sua funzione nella patogenesi.

(W. T. MUNRO. *Edinburgh Medical Journal*, marzo 1930).

Colla scoperta di Koch del bacillo della tubercolosi finirono le divergenze fra unicisti e dualisti nei riguardi delle alterazioni anatomiche tubercolari. Sul principio Koch ammise l'esistenza di un solo tipo di bacillo per tutte le forme di tubercolosi. Nel 1896 Teobaldo Smith pubblicò una monografia sostenendo l'esistenza di due tipi di bacillo della tubercolosi nei mammiferi, ma solo nel 1901 fu attratta l'attenzione su questa osservazione e fu precisamente quando al Congresso di Londra Koch affermò che la tubercolosi umana differiva dalla bovina e non poteva essere trasmessa ai bovini e che la tubercolosi bovina non si trasmetteva all'uomo che molto raramente e in particolari condizioni. Furono nominate commissioni incaricate di studiare questa questione in Inghilterra, in Germania e negli Stati Uniti. La commissione reale inglese concluse nel 1912 per l'esistenza di due tipi di bacilli della tubercolosi, quello dei mammiferi e quello aviario, e per la suddivisione del tipo dei mammiferi in due altri tipi, quello umano e quello bovino. La commissione ammise la varietà del tipo bovino nella tubercolosi polmonare umana e questo fu confermato da altri ricercatori.

A poco a poco le nostre nozioni sull'importanza del bacillo bovino nella produzione di lesioni tubercolari nell'uomo si sono estese; se ne riconobbe la frequenza nelle forme ghiandolari dei bambini e nelle forme ossee di individui di varia età, mentre si riconobbe la sua rarità nella tubercolosi polmonare umana. Negli Stati Uniti su 680 casi di tbc. polmonare Park e Krumweich videro due volte sole il tipo bovino; in Inghilterra Stanley Griffith lo trovò tre volte su 212 casi.

L'A. in collaborazione col Cumming, vide che invariabilmente il bacillo tipo bovino inoculato nel coniglio dava sviluppo di tubercolosi generalizzata progressiva, fatale in 30 giorni, mentre il bacillo tipo umano alla stessa dose (0,01 mgr.) e per la stessa via (endovenosa) non uccideva il coniglio che in 90 giorni o non lo uccideva affatto.

Negli ultimi otto anni furono trovati a Gleulomond 8 casi di tbc. polmonare umana con bacilli di tipo bovino.

Gli AA. nel 1921 cominciarono a coltivare il bacillo della tubercolosi da 100 espettorati positivi per vedere se c'erano differenze sie-

rologiche fra i vari ceppi; non trovarono queste differenze, ma due volte ebbero germi di tipo bovino e una volta tutt'e due i tipi, umano e bovino, insieme.

Nei due anni successivi coltivarono germi di forme così dette chirurgiche; in due casi in cui c'erano lesioni dello sterno e delle costole rispettivamente con lesioni polmonari coltivarono germi di tipo bovino tanto dalle lesioni ossee che dall'espettorato.

Nel 1928 essi coltivarono i germi di tutti i malati ammessi al sanatorio, tanto quelli con forme polmonari che quelli con lesioni di altri organi e trovarono su 80 casi 5 che espettoravano bacilli di tipo bovino. Fino ad oggi trovarono complessivamente su 250 culture d'espettorati 10 volte il bacillo di tipo bovino.

Di questi 10 casi gli AA. riferiscono la storia clinica, i reperti di laboratorio e di qualcuno l'autopsia. Essi ritengono che nel decorso clinico di questi casi ci siano alcune differenze dalla forma comune di tbc. polmonare di tipo umano.

Essi si domandano perchè il bacillo di tipo bovino si trova così raramente nell'espettorato umano. Certamente il tipo bovino è più difficile a coltivarsi ed è più frequente quando le culture si fanno in laboratori dove la cultura del b. di Koch è di pratica corrente. Ma questa è una risposta insufficiente al quesito; come pure risposta insufficiente è quella di alcuni che dànno importanza pel b. di tipo bovino alla regione di provenienza del malato. Certamente il tipo bovino nell'uomo non tende a generalizzarsi come il tipo umano, tende anzi a localizzarsi alle ghiandole linfatiche e quindi parecchie lesioni tubercolari di tipo bovino guariscono senza aver provocato lesioni viscerali. Però gli AA. notano che, contrariamente alla legge di Marfan, essi osservarono numerose forme di tbc. polmonare seguita a tbc. ghiandolare e dai due focolai coltivarono germi di tipo umano.

Per quel che riguarda la reazione allergica (seguendo la distinzione anatomica di Aschoff delle forme proliferative e di quelle essudative dovuta ognuna a diversa reazione allergica) gli AA. osservano che in uno solo dei dieci casi c'era formazione di cavità polmonari, per cui ritengono che la reazione del polmone al tipo bovino sia più di tipo proliferativo che ulcerativo. Inoltre c'è da notare che il tipo bovino è per l'uomo meno virulento del tipo umano.

In nessuno di questi 10 casi c'era una storia familiare di tubercolosi ed è probabile che l'infezione in questi malati non fosse aerogena. Gli AA. riuscirono ad avere nelle cavie tbc. polmonare mediante inoculazione sottocutanea di germi, per cui ritengono provato sperimentalmente che, contrariamente a quanto afferma Ghon, la tbc. polmonare si può avere anche per via diversa dalla via aerea.

In un caso solo di questi 10 fu notata infezione in un figlio del malato, il quale aveva una lesione glandolare da cui non furono fatti prelevamenti per culture.

In tutti questi casi gli AA. ritengono che la superinfezione sia stata endogena, perchè non trovarono mai bacilli di tipo bovino nelle glandole e di tipo umano nei polmoni, ma sempre tipo bovino anche nei polmoni.

R. LUSENA.

La via di contagio diretta della tubercolosi dalle regioni del capo all'apice polmonare.

(A. CAMPANI. *Gazz. Osped. e Clin.*, n. 27, luglio 1929).

Il concetto svolto dal Campani, e ripreso nel presente articolo, è antico di 6 anni; attualmente il Reinders ha portato un contributo favorevole alle teorie dell'A.

Sul meccanismo patogenetico della localizzazione apicale della tbc. polmonare esiste una intera biblioteca; la predisposizione anatomica è quella che spiega, secondo la maggioranza, la primitiva infezione dell'apice; il Campani ha sostenuto invece che bisogna pensare anche alla *esposizione*, in ciò seguito dal Reinders.

Il collo costituisce la porta d'entrata; attraverso i linfatici del collo l'infezione si diffonde agli apici ed alla pleura apicale.

Il decorso discendente della tbc. apicale era stato già notato; altre osservazioni rendono verosimile l'opinione che il processo possa seguire una via diretta d'invasione a mezzo di questo vero ponte patologico. Ciò rimetterebbe sul tappeto la questione se tutte le cicatrici apicali siano di natura tubercolare, e giustificherebbe l'osservazione anatomo-patologica di Hoopmann, il quale in 1405 casi con aderenze apicali, avrebbe confermato in un terzo la natura tubercolare, in 1/3 una natura dubbia, in 1/3 una natura sicuramente non tubercolare.

Non mancano le osservazioni cliniche a conferma dell'asserzione che le infezioni passano dal collo all'apice: le carie dentarie, le periostiti e le periodontiti, le otiti medie frequentemente si trovano nell'anamnesi d'una tbc. polmonare apicale, con localizzazioni omolaterali all'infezione primitiva.

La differenza tra le vedute del Campani e del Reinders consistono in ciò che il primo dà importanza etiologica alle infezioni cutanee da piogeni (antraci, favi, ecc.); l'altro dà la prevalenza alle lesioni del cavo orale (denti, tonsille, narici).

Senza voler disconoscere l'importanza di questa porta d'entrata, è spesso difficile documentarne la natura e la causa prima dell'infezione.

Secondo l'A. i molteplici punti dolorosi e dolori muscolari, che si accompagnano alle lesioni polmonari, spesso sono risentimenti lin-

fatici attraverso le prime vie d'infezione, oltrechè vere mialgie e nevralgie. Non bisogna quindi riportare questi dolori ad un processo tubercolare apicale, per non incorrere in facili errori.

Questo nuovo punto di vista prospettato dal Campani per la patogenesi diretta dell'infezione apicale tubercolare, acquista un notevole interesse per quanto riguarda la profilassi, perchè una severa pulizia della bocca e dei denti, e la detersione delle narici nei bambini, possono preservare da quelle affezioni acute e subacute delle mucose che costituiscono la porta d'entrata e il punto di diffusione della tbc. apicale. CARUSI.

L'eredità tubercolare.

(D. CONSOLI. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia,* 1930, n. 4).

L'importanza capitale dell'argomento investe oltre che il punto di vista scientifico, anche il punto di vista pratico della profilassi sociale. Non solo bisognerà allontanare i figli dei tubercolotici dai ripetuti e intensi contagi famigliari, ma occorrerà seguirli, sorvegliarli ancora per gran parte della loro vita; e si dovrà anche prendere in considerazione il problema di regolare, entro certi limiti, i rapporti sessuali fra tubercolotici. L'eredità tubercolare fu un dogma dagli antichi tempi fino al 1882 epoca della scoperta del bacillo di Koch. Da questa epoca per un periodo di venti anni si sostituì al vecchio dogma della eredità l'altro della non eredità, del contagio, della infezione dal mondo esterno. Senonchè alla osservazione clinica non potevano sfuggire certe stimmate impresse alla prole dalle madri tubercolose e non poteva sfuggire l'alto grado di morbilità e di mortalità a cui è destinata quella prole. Così la concezione semplicistica del 1882 va cedendo il posto ad una concezione più complessa e multiforme della tubercolosi, che non è solo malattia infettiva ma diatesica e costituzionale. Ora non solo si eredita la costituzione ma anche il germe; e lo stesso Calmette che nel 1920 considerava l'eredità come un pregiudizio del pubblico, nel 1926 doveva essere colui che provava scientificamente la possibilità dell'eredità, dimostrando la trasmissione del virus tbc. attraverso la placenta e la presenza di processi tubercolari nel feto. È il destino degli scienziati, osserva argutamente l'Ascoli, quando formulano dei dogmi. Teoricamente occorre distinguere due forme di eredità: l'eredità di germe e l'eredità di terreno a cui si può aggiungere una eredo immunità. L'eredità di germe potrebbe teoricamente essere attuata: 1) come infezione concezionale (di origine materna o paterna); 2) come infezione intrauterina che si effettua mediante il passaggio del germe attraverso la placenta; 3) come infezione durante il parto (nel passaggio attraverso le vie genitali materne infette). Da taluni è anche considerata possibile una eredità tossinica.

Secondo gli studi più recenti il maggior contingente alla eredità della tubercolosi sarebbe dato dalla infezione intrauterina effettuata mediante il passaggio del virus tubercolare attraverso la placenta.

Il germe della tubercolosi ha la possibilità di rimanere latente alcun tempo nei giovani organismi; questa possibilità di una latenza parlerebbe in favore della tubercolosi congenita, e spiegherebbe assai bene come il neonato di madre tubercolosa possa solo apparentemente essere indenne dalla malattia, che però non manca di svilupparsi più tardi. Da numerose statistiche sui figli di madri tubercolose non isolati dalla nascita si hanno risultati disastrosi; si arriva fino al 68 % di mortalità. Però, secondo una recente statistica del Couvelaire, molti bambini nati nelle maternità da madri tubercolose e separati dalla madre dopo la nascita soccombono senza causa apparente nel corso delle prime settimane o mesi di vita. Queste osservazioni sono riportate dal Calmette che così conclude: Appare certo che almeno un quinto di questi decessi è da riferirsi alla infezione transplacentare a mezzo dell'ultra virus tubercolare, mentre la maggior parte dei rimanenti sarebbe in rapporto alle condizioni proprie dell'allattamento. In una serie di esperienze Consoli ha iniettato gli estratti degli organi di 6 embrioni appartenenti a madri tubercolose (in cui la gravidanza era stata interrotta artificialmente a scopo terapeutico) nel sottocutaneo o nel peritoneo di un certo numero di cavie. In un caso ha avuto il reperto positivo di bacilli tubercolari nelle linfoglandole mesenteriche. Tali esperienze inducono ad ammettere il passaggio transplacentare del virus tbc. in forma filtrante, come possibile ma non molto frequente. La frequenza di questo passaggio sembra sia in rapporto con l'entità delle lesioni materne. Per quanto riguarda il problema della valutazione della vita fetale, pur ammettendo la trasmissione del virus, non possiamo, solo in base al reperto di un eventuale contenuto in tossine di un dato organo fetale, esprimere una condanna definitiva per il feto. Le esperienze riferite se non ci autorizzano ad affermare come molto frequente la trasmissione transplacentare del virus tubercolare sotto forma filtrante, certamente ci invogliamo ad ammetterla ed a proseguire nelle ricerche. MONTELEONE.

Sul meccanismo fisiopatologico di alcune emottisi tubercolari.

(G. GIAUNI. *Minerva Med.*, n. 35, sett. 1929).

Nel passato fu data una grande importanza alla costituzione per spiegare l'insorgenza delle emottisi in tubercolosi polmonari; recentemente invece la teoria costituzionalistica è stata

sostituita da quella meccanica per un perturbamento vaso-motrice, e da quella biologica per uno speciale stato emogenico ed emofilico (Aloigi e Boggian).

Sembrando al Giauni tale teoria interessante dal punto di vista della patogenesi delle emottisi, egli ha voluto controllarne il valore, ricercando in tutti i tubercolosi che ebbero emottisi se esistevano stimmate sanguigne e vascolari di una speciale diatesi emorragica, e nel caso affermativo, l'evoluzione di queste alterazioni in rapporto al decorso della emoftoe.

È stato quindi ricercato, in tali malati, se esistevano segni di alterazioni vascolari, come per es. angiomi, chiazze rosse ecc.; è stato considerato il comportamento del fegato e della milza; sono state fatte indagini accurate sull'anamnesi familiare dei malati.

Per quanto riguarda più direttamente la crasi sanguigna è stato fatto: 1) conteggio delle piastrine, secondo il metodo Fomi; 2) la prova di Duke o determinazione del tempo di emorragia; 3) determinazione del tempo di coagulazione del sangue; 4) colore del siero; 5) ricerca della fragilità vascolare. Della 2) è stato ricercato il prolungamento, le variazioni e l'aritmia del tempo di emorragia; della 3) la prova fu fatta col metodo Burker e con l'osservazione della retrazione del coagulo; della 5) fu fatta: la prova della stasi venosa o del laccio, la prova dell'iniezione o di Hess, la prova delle cinque punture o di Koch, la prova del martello.

Di tutte queste ricerche l'A. dà un breve cenno di tecnica.

Le ricerche furono eseguite su 29 ammalati di tubercolosi con emottisi ricorrenti, e su 15 ammalati di tubercolosi i quali non avevano mai presentato emottisi. In questi ultimi non fu riscontrata alcuna nota che deponesse per un'alterazione della crasi sanguigna, mentre degli emottoici 20 presentarono nettamente le note semeiologiche d'un'alterata crasi sanguigna. Questi ammalati, secondo il concetto di Aloigi e Boggian, presentano uno speciale stato emogenico ed emofilico. Questi i fatti osservati, a cui l'A. aggiunge una interpretazione patogenetica: la dipendenza dal virus tubercolare.

CARUSI.

FEGATO E VIE BILIARI.

Sulla patogenesi dell'ascite nella cirrosi epatica.

(G. PELLEGRINI. *Arch. di Patol. e Clin. Med.*, IX, f. III, febbr. 1930).

Il concetto predominante sulla patogenesi dell'ascite nella cirrosi epatica è quello meccanico, dovuto ad una stasi venosa nel dominio portale. Questa antica opinione, accettata in seguito da molti clinici, ha trovato una opposizione in alcune osservazioni sia cliniche sia sperimentali. Infatti con la teoria meccanica non si potrebbero spiegare a sufficienza gli edemi malleolari che di frequente si osservano nei cirrotici, e che spesso precedono la comparsa del versamento addominale; le lesioni della cava inferiore invocate a spiegazione di tali edemi non hanno trovato una conferma al tavolo anatomico, e tantomeno si può pensare al fattore meccanico allorchè gli edemi compaiono agli arti superiori. Potrebbe avere maggiore attendibilità la teoria di Hanot, il quale considera gli edemi cirrotici come dovuti ad insufficiente funzione del fegato, mettendoli in rapporto con fattori tossici, d'origine epatica, che provocherebbero alterazioni nelle albumine dei tessuti.

Un altro fatto che infirma la teoria meccanica, è rappresentato dalla constatazione di cirrosi atrofiche senza asciti.

Sono stati invocati altri fattori per spiegare l'ascite: per l'azione di sostanze tossiche di origine intestinali (Josselin de Jong), per una discrasia del sangue portale (Bleichröder), per una infiammazione peritoneale (Talma, Klopstok), per fattori infettivi; di tutte queste teorie il tempo e le ulteriori ricerche hanno fatto giustizia. La teoria più recente, e che merita la massima considerazione è quella che considera l'ascite come espressione locale d'un'alterazione generale imprecisata del ricambio idrico (Labbé).

Riguardo alle ricerche sperimentali per stabilire l'influenza del fattore meccanico, ricordiamo che la legatura della porta non ha mai dato luogo ad asciti; le prime asciti sperimentali furono ottenute dal Perroncito con inosculazione della porta nella cava, e legando in un secondo tempo l'epatica ed il coledoco, e producendo così una lesione delle cellule epatiche. Questa osservazione confermerebbe l'ipotesi di Hanot già ricordata dei rapporti tra edemi e funzione epatica.

Attualmente la patogenesi delle asciti è riferita ad un'alterazione degli scambi d'acqua tra il sangue ed i tessuti, e quindi una grande importanza assume il comportamento della pressione osmotica delle proteine del plasma nelle cirrosi epatiche. Con tale criterio l'A. ha studiato le eventuali modificazioni della crasi sanguigna nelle cirrosi epatiche con ascite, con speciale riguardo al comportamento delle albumine e del ricambio dell'azoto.

Le ricerche nei pazienti con ascite da cirrosi ep. hanno messo in evidenza una notevole diminuzione delle proteine totali del plasma. Fra le varie frazioni proteiche del plasma la fibrina è presente in quantità normale o poco al di sotto; la siero albumina invece è sempre notevolmente diminuita; la sieroglobulina è generalmente aumentata.

La pressione osmotica proteica del siero è inferiore alla norma, in media 26.35 cm. di H_2O.

L'abbassamento della pressione osmotica proteica del siero dipende non solo dalla riduzione delle proteine plasmatiche, ma soprattutto dal modificato rapporto albumina:globulina. Per stabilire se tale fatto sia esclusivo delle cirr. ep. con asciti, o comune ad altre malattie, si sono estese le ricerche ad altre affezioni morbose; s'è potuto stabilire che le modificazioni della pressione osmotica si osservano in altre malattie del fegato con ascite ed edemi; mancano invece nelle altre epatopatie senza ascite od edemi, e nei versamenti di natura flogistica. S'è potuto anche notare un rapporto tra la pressione osmotica ed il versamento ascitico nel senso che quanto più è bassa la pressione osmotica proteica del plasma, tanto più facilmente passano acqua ed elettroliti dal sangue nella cavità peritoneale.

Lo studio della composizione del liquido ascitico riguardo la costituzione proteica ha messo in evidenza che nei versamenti così detti meccanici le proteine sono molto più scarse che in quelli flogistici; delle proteine, sono più abbondanti quelle a fase più dispersa (sieralbumina), mentre la fibrina si trova appena in tracce. Nei versamenti in cui non siano intervenute cause flogistiche secondarie (paracentesi, infezioni) il rapporto sierina:globulina è notevolmente elevato; diminuisce allorchè si modificano i caratteri del trasudato e compare la Rivalta.

Malgrado l'aumento della permeabilità dei capillari dimostrata dalle albumine presenti nel liquido ascitico, e dal passaggio in esso d'una piccola quantità di rosso Congo iniettato nelle vene, l'A. ritiene che il versamento debba attribuirsi piuttosto alla diminuita pressione osmotica che alla maggiore permeabilità dei capillari.

Servendosi in successive esperienze dell'indice di Aldrich e McClure e dell'indice di Fiessinger per stabilire le alterazioni generali del ricambio idrico, l'A. ha potuto mettere in evidenza nei cirrotici con ascite una più o meno spiccata tendenza alla formazione dell'edema del tessuto cutaneo.

Stabilito che la diminuzione della pressione osmotica delle proteine del plasma è il fatto principale che si osserva nelle asciti da cirrosi epatica, conviene ricercare se tale diminuzione dipenda da scarsezza dei proteidi del plasma oppure da idremia, e quale causa può essere il fattore di tale modificazione. I risultati ottenuti, e la critica delle opinioni in proposito, fa escludere che la diminuzione sia dovuta ad idremia od al passaggio delle albumine nel liquido ascitico. Le ricerche sperimentali di numerosi osservatori fanno pensare che il fegato sia l'organo ove si formano, completamente o in parte, tutte o alcune frazioni proteiche del plasma in più del fibrinogeno. La pressione venosa della porta varia in limiti ristretti, anche in casi patologici, per cui non è probabile che l'ipertensione portale sia la causa dell'ascite; piuttosto essa può agire come causa secondaria che localizza il versamento nella cavità peritoneale.

Secondo l'A. quindi l'ascite e gli edemi sono in rapporto con l'insufficienza funzionale epatica, e la loro comparsa è dovuta principalmente allo stesso meccanismo che presiede alle alterazioni degli scambi idrici nei nefritici e nei cardiaci. CARUSI.

Colesterosi della cistifellea.

(C. F. W. ILLINYWORTH. *Beit. Journ. of Surg.*, ottobre 1929).

La colesterosi, col qual nome si comprende la così detta cistifellea a fragole e le poliposi con depositi di colesterina, consiste essenzialmente in una infiltrazione dell'epitelio e dello stroma della mucosa della cistifellea con colesterina o altri lipoidi. Nello stroma sono caratteristiche cellule grandi « schiumose » di origine endoteliale. La colesterosi è frequente (20 % delle colecistiti). Si rinviene per lo r nell'età media e ugualmente nei due sessi. Generalmente si associa a un modico grado di infiammazione della vescichetta biliare. Spesso coesistono calcoli, specie calcoli unici di colesterina. La colecistografia mostra che nei casi non complicati la proprietà della cistifellea di concentrare la bile e di vuotarsi dopo ingestione di grassi, non è alterata. Talvolta coesiste una ipercolesterinemia, ma non sempre. Nei casi non complicati i sintomi sono molto vari, la diagnosi è quindi difficile. La cura più razionale è la colecistectomia che dà risultati duraturi.

L'A. ha compiuto esperienze colle quali ha dimostrato: 1) che una colesterosi si può ottenere nei conigli coll'associazione di un prolungato stato di ipercolesterinemia, con una modica colecistite batterica; 2) che la colesterosi non risulta solo dal deposito di un eccesso di colesterina dal sangue, ma è intimamente legata coll'azione della mucosa della cistifellea di fronte alla colesterina. L'A. ha eseguito anche esperienze sul potere di assorbimento della cistifellea, e ha potuto dimostrare: 1) che l'assorbimento di diversi lipoidi dalla bile è facilmente dimostrabile; 2) che la colesterina viene riassorbita in forma non dimostrabile, probabilmente perchè mischiata con altri lipoidi. Essa probabilmente viene assorbita solo quando è presente in eccesso. Conclude che la colesterosi risulta da due alterazioni essenziali primitive: 1) un aumento nel contenuto della colesterina nella bile che porta a un assorbimento di essa per parte della mucosa della cistifellea. Quest'aumento talora è associato a una ipercolesterinemia talora no; 2) una modificazione nello stato fisico e chimico della colesterina assorbita che la rende otticamente

attiva e riconoscibile e che ne impedisce il trasporto lontano, fa sì che si accumuli nelle pareti della cistifellea.

Queste modificazioni sono spesso dovute a una flogosi della vescichetta.

Manfredo Ascoli.

Studi clinici sull'urobilina.

(O. Bang. *Acta med. scand.*, suppl. XXIX, 1929).

Se il problema dell'urobilina resta ancora oscuro e discusso dal punto di vista teorico, una più grande uniformità di vedute esiste in ciò che riguarda il suo significato clinico. Per tutti i clinici infatti una escrezione urinaria dell'urobilina superiore al normale è il segno di una insufficienza epatica, anzi l'indicatore più sensibile di lesioni del fegato.

L'A., dopo aver riassunto le nozioni attuali sulla composizione, sul modo e luogo di produzione dell'urobilina, tratta dei modi di svelarla nelle urine. Egli raccomanda la reazione di Schlesinger modificata da Marcussen (agitare 1 gr. di acetato di zinco finemente polverato con 10 cmc. di alcool 90°; aggiungere 10 cmc. di urina debolmente acida; addizionare 1-2 gocce di tintura di iodio 5 %; dopo nuova agitazione filtrare accuratamente: la fluorescenza caratteristica raggiunge il suo massimo entro 20 minuti). Il metodo di Einar Larsen, basato sulle diluizioni, permette una valutazione approssimativa della quantità della urobilina urinaria.

Con questa tecnica Bang ha studiato l'urobilinuria fisiologica e le sue variazioni giornaliere. Egli si è reso conto anzitutto della trascurabile influenza che ha la diuresi ed il peso specifico dell'urina sulla concentrazione della urobilina nei soggetti normali. Nessuna influenza esercita la mestruazione. L'A. ha osservato una ascesa costante dell'urobilinuria dopo i pasti al pari di altri AA. recenti, ma mentre la maggior parte di questi mettono il fatto in relazione ad un riassorbimento rapido dell'urobilina della bile evacuata dalla vescicola biliare, Bang respinge questa interpretazione fondandosi sulla osservazione di un aumento analogo in individui colecistectomizzati. Non accetta l'ipotesi di una transitoria insufficienza funzionale del fegato durante il periodo digestivo, ed ammette che l'urobilinuria postprandiale è dovuta al fatto che l'urobilina immagazzinata o ritenuta nel fegato viene estratta da una circolazione sanguigna più attiva, determinata da un più intenso lavoro del fegato.

Bang studia quindi le variazioni dell'urobilinuria secondo l'età. Nei neonati, immediatamente dopo la nascita si trova una urobilinuria relativamente elevata che dura 1-10 giorni poi diminuisce bruscamente: essa sembra di origine materna poichè l'urobilina manca nel meconio e nel liquido amniotico. L'urobilinuria che si osserva più tardivamente nei neonati pare sia di origine extraintestinale. In seguito la concentrazione dell'urobilina ricercata nelle urine delle 24 ore dei soggetti raggruppati secondo l'età, aumenta a misura che l'età si fa più avanzata. Parrebbe che la sorgente di urobilina che trovasi nelle feci sia più magra nei bambini che negli adulti. Dipende ciò dalla flora intestinale, o dall'ostacolo più efficace opposto dal fegato ancora intatto del bambino? Bang non si pronuncia decisamente in proposito.

La determinazione dei limiti fra urobilinuria normale e patologica è imprecisa. Si può dire tuttavia che i valori di 1:70 ed oltre sono patologici sempre. Inoltre al di sopra di questa cifra le forti concentrazioni patologiche si ritrovano in tutti i campioni della giornata.

Nei soggetti normali può comparire urobilinuria patologica provocata da cause diverse. Bang insiste sulla importanza di sostanze tossiche come l'alcool, il cloroformio, il piombo, l'ossido di carbonio, e di medicamenti, in particolar modo del bicarbonato di sodio, che agisce verosimilmente per l'alcalosi che determina per cui sarebbe facilitato il riassorbimento intestinale. Ma il regime dietetico stesso ha una grande influenza sulla urobilinuria. La restrizione o la soppressione degli idrati di carbonio provoca un aumento della urobilinuria che deve essere considerato come segno di insufficienza epatica. Anche altre urobilinurie, come quella del digiuno, quella degli ulcerosi sottoposti a un regime severo, quella delle psicosi depressive, confermano l'importanza del deficit di idrati di carbonio in rapporto a una diminuzione del glicogeno epatico e a un disturbo concomitante delle funzioni del fegato. L'urobilinuria diabetica sembra pure dipendente da una carenza di idrati di C, sia che questi siano in quantità insufficiente, sia che difetti il loro metabolismo. Per tale rivelazione di meiopragia epatica Bang raccomanda di sottoporre il diabetico ad un regime assai ricco di idrati di carbonio con aggiunta di insulina secondo la bisogna, per far sì che l'urobilinuria torni al normale.

A. Piccinelli.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

M. BOLAFFIO. *Lo stato attuale della radioterapia ginecologica.* Pagg. 112, con 10 figure nel testo e 7 tavole. Ed. Luigi Pozzi, 1930. Prezzo: L. 20.

Il Bolaffio, che è, fra i ginecologi nostri, il più consumato e competente in tutte le questioni radiologiche, aveva riferito sullo stato attuale della radioterapia ginecologica al XXVII Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia (Roma, dicembre 1928). La sua Relazione esauriente, interessante, materiata di fatti e di dottrina, aveva avuto il plauso generale, ed era davvero peccato che tanta mole di lavoro rimanesse semi-ignorata dalla grande massa medica, come è costume abituale per queste Relazioni, quando restano consegnate agli Atti della Società, magnifici volumi bensì, ma a tiratura e diffusione assolutamente scarse...

Bene dunque fece il nostro editore Pozzi a insistere per pubblicare nella sua Collana la monografia del Bolaffio; questi d'altronde profittò dell'occasione per alcuni ritocchi, per talune aggiunte, anche di illustrazioni, e per aggiornare la bibliografia a tutto il 1929.

Ne è venuto un volumetto, conciso, ma chiaro, dove le possibilità e i limiti della radioterapia nelle affezioni femminili benigne e maligne sono compiutamente illustrate, fornendo così una guida completa e modernissima a quanti medici pratici non possono seguire la evoluzione continua della radiologia, anche perchè mancano finora veri trattati italiani. Questo del Bolaffio è intanto un saggio ottimo per la parte terapeutica, di quello che potrebbe essere il trattato italiano di radiologia ostetrico-ginecologica, che nessun meglio dell'A. potrà darci.

Ci auguriamo di poter presto dare il benvenuto alla nuova meritoria fatica del Bolaffio; intanto, anche quasi a incoraggiamento dell'A. e dell'editore, obbediamo a un sentito convincimento, spronando i colleghi tutti, della pratica, a fornirsi del volume attuale. Le parole di chi scrive non sono solo dettate dall'amicizia ventennale con l'A.; qui si parla per ver dire, obiettivamente: i lettori... comprino il volume e mi ringrazieranno, restando grati al Bolaffio delle moderne cognizioni apprese con poca fatica... *p. g.*

G. JEANNENEY e M. ROSSET-BRESSAUD. *Formulaire Gynécologique du praticien.* Ed. G. Doin et C. Paris. Frs. 32.

Il prof. J. Guyot della clinica ginecologica di Bordeaux presenta con simpatia questo volumetto, che raccoglie i fondamenti elementari della ginecologia ad uso dei medici pratici, sotto forma di schemi. La ginecologia medica vi ha naturalmente la parte principale, con larga ricchezza di ricette, e in certi capitoli minuzia di particolari, come per il cancro dell'utero, dove i cenni diagnostici occupano una dozzina di righe, mentre quasi una facciata intera è dedicata ad un analitico elenco dei cibi permessi e di quelli proibiti alle donne cancerose in apparenza guarite (pag. 115).

L'A. non dimentica mai di segnalare le varie stazioni termali (francesi) dove le singole affezioni potrebbero trovare giovamento...

Nell'insieme il libro ha i pregi e gli inconvenienti delle trattazioni schematiche; nel suo genere è certo dei migliori e più commendevoli, come guida per ricapitolare nozioni più compiutamente acquisite nel campo diagnostico e come direttiva per le cure.

L'edizione è ottima. *p. g.*

P. PETIT-DUTAILLIS. *Troubles fonctionnels et distrophies à l'état chronique en gynécologie.* Un vol. in-8° di 464 pag. con 185 fig. G. Doin, Paris, 1929. Prezzo Fr. 90.

L'A. espone secondo i dati più recenti e la propria esperienza personale la fisiopatogenesi, le cause prime, le sindromi palesi e latenti, la terapia medico-chirurgica preventiva e curativa dei disturbi frequenti nella donna moderna. Vasto campo irto di difficoltà e di tranelli in cui il ginecologo deve essere ad un tempo medico, psicologo per potere riuscire allo scopo. Non si tratta delle gravi malattie a substrato anatomico, ma di quei disturbi che assumono talvolta un aspetto impressionante che può mettere il medico in grave imbarazzo.

Ecco, p. es., il capitolo del confluente algico della fossa iliaca destra che fa talora sospettare delle malattie gravi (appendicite, tiflocolite, colecistite) e che si risolve spesso in una semplice algia simpatica; accanto alle iperestesie pelviche, i disturbi sensitivo-motori (chi non conosce l'incontinenza e la ritenzione di urina che affliggono molte di queste donne?) vascolari, secretorî, ecc.

Il libro si apre con un'introduzione anatomo-fisiologica, seguita dallo studio eziologico, dai metodi di esame e di trattamento generali. Alla fine troviamo dei buoni capitoli sulla radio-diagnosi e sulla tecnica operatoria.

Il libro è scritto con uno stile vivace e piacevole a leggersi; larga parte è fatta alla endocrinologia ed alla opoterapia. *fil.*

W. HANNES. *Ostetricia.* Trad. del dott. QUARANTOTTO. U. T. E. T., 1930. L. 40.

Il dott. A. Quarantotto assistente nella Scuola Ostetrica di Trieste ha dato veste italiana snella al piccolo manuale di Hannes, che in 398 pagine condensa fisiopatologia e terapia ostetrica, naturalmente riducendola alle parti fondamentali ed essenziali per lo studente e

---

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

il medico pratico. La brevità, la chiarezza sono doti buone del libro, che potrà quindi avere anche fra noi la sua fortuna.

Ma non possiamo astenerci dal ripetere un'osservazione fatta altre volte (e addirittura fino da prima della guerra...) sulla opportunità di queste fatiche dei nostri studiosi e dei nostri Editori. In una mia nota sui progressi della Ginecologia italiana nel decennio ultimo (*Rassegna internazionale di Clinica e Terapia*, sett. 1929) io scrivevo: « se si vuole valorizzare il lavoro italiano bisogna che editori e pubblico appoggino l'Autore italiano. Se si moltiplicano le traduzioni questo appoggio viene a mancare; questo si riferisce alle traduzioni di *opere non fondamentali*, che non è danno alcuno non conoscere da parte degli studenti o dei medici pratici ».

E questo qui ripeto, soggiungendo che i nostri allievi che conoscono bene le lingue e che possono quindi concorrere a valorizzare la cultura straniera fra noi, dovrebbero dunque dedicare il loro tempo a tradurre se mai lavori originali, nuovi, utili sul serio, non dei manuali correnti, sia pure belli, chiari, pratici, ma che non portano alcuna parola nuova nè nel contenuto nè nelle illustrazioni. Il moderno movimento per il libro didattico italiano come si sviluppa se persistono certe tendenze degli Editori e degli Autori nostri? *p. g.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 28 marzo 1930

Presiede il Prof. R. CASSANELLO.

Sulla calcolosi reno-ureterale bilaterale.

Prof. dott. RINALDO CASSANELLO. — L'O., a proposito di due casi recenti da lui operati, con successo, mette in rilievo l'importanza sovrana che ha per la diagnosi dell'affezione bilaterale l'indagine radiologica che deve essere completa, estesa cioè a tutte e due le metà dell'apparato urinario reno-ureterale. La cura deve essere tutte le volte che si può ultra conservativa riservando la demolizione di uno dei due reni ai casi bene accertati di assoluta perdita di funzione e di irreparabilità del rene da asportarsi, dopo essersi naturalmente assicurati sulla sufficienza funzionale ed anatomica del rene superstite. Su quale dei due reni si debba prima intervenire, egli propende per quello meno alterato, eccetto quei casi in cui il rene più gravemente malato e settico minacci la esistenza del paziente. Come intervento conservativo, raccomanda che la nefro o nefrolitomia sia fatta con la massima cura ed il meno lesiva possibile per il parenchima renale, preferendo ogni qual volta si possa, alle operazioni per estrarre i calcoli, quelle sul bacinetto o sull'uretere, a quelle sul rene.

L'esame radiologico delle vie urinarie coll'uroselectan.

Dott. FAUSTO SESTINI. — L'O. riferisce su ricerche fatte con questo nuovo preparato, introdotto nella pratica urologica da Lichtenberg, su vari ammalati nell'Ospedale degli Incurabili a Napoli e viene alla conclusione che l'indagine con iniezione endovenosa di uroselectan è superiore alla pielografia per via retrograda e che essa può rendere utili servizi in urologia.

Su una rara anomalia dell'epifisi inferiore del cubito.

Dott. GIUSEPPE CORSI. — L'anomalia constatata dall'O. consiste in un distacco dell'apofisi stiloide del cubito di origine non traumatica e dovuta secondo l'O., ad un mancato processo di ossificazione dell'epifisi inferiore dell'ulna. È opportuno non ignorarne l'esistenza per non confonderla appunto con il distacco dell'apofisi di origine traumatica nei sinistri sul lavoro.

Sull'estrazione dei corpi estranei dai bronchi.

Dott. DOMENICO ROLLAND. — L'O. riferisce due casi di estrazione di corpi estranei dai bronchi eseguite nell'Ospedale Civile della Spezia con metodo esclusivamente chirurgico. Nel primo caso si trattava di un bimbo di due anni e mezzo al quale era caduto in trachea, imboccando il bronco destro, un chiodo lungo 5 cm.; il secondo caso riguardava un ragazzo di 14 anni che aveva aspirato un fischietto a linguetta metallica, che era sceso in fondo al bronco destro. L'estrazione venne eseguita in narcosi eterea, attraverso la ferita tracheotomica, nel primo caso a mezzo di pinza esofagea, nel secondo uncinando la linguetta con un esploratore di Dujardin per calcoli biliari, senza dare luogo ad inconvenienti di sorta, con relativa facilità e con guarigione completa dei pazienti in meno di venti giorni.

L'O. conclude che nell'estrazione dei corpi estranei dai bronchi, pure dovendosi ricorrere come metodo di elezione alla broncoscopia, si debba riservare un posto onorevole anche al metodo esclusivamente chirurgico, da praticarsi tutte le volte che, sia per mancanza di mezzi idonei, sia per deficiente pratica endoscopica, non si possa usare il metodo di elezione.

C.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il significato diagnostico dei sedimenti urinari.

Sedimenti inorganici. — Sono da menzionarsi anzitutto: gli urati, l'acido urico, i fosfati, carbonato ed ossalato di calcio. Gli urati si trovano nell'urina fortemente concentrata ed acida, salvo l'urato di ammonio che si trova nell'urina alcalina. Il *sedimento laterizio* consta di urati, che hanno adsorbito l'uroeritrina. La precipitazione degli urati e dell'acido urico è funzione dell'acidità dell'urina. Un aumento di entrambi si trova, fisiologicamente, dopo abbondanti pasti di carne e dopo gravi sforzi; patologicamente, nella stasi cardiaca, nella leucemia, nelle malattie epatiche, nella febbre e nella crisi della polmonite crupale.

Molto giustamente osserva O. Weltmann (*Wiener klinische Wochens.*, 15 maggio 1930) che, dall'aumento di urati o di acido urico non si deve concludere per l'esistenza di gotta.

La fosfaturia e la carbonaturia dipendono dalla reazione alcalina. La prima si trova dopo un pasto copioso, nella gastrosucorrea, nell'iperacidità, nelle affezioni delle vie urinarie posteriori e nei neurastenici. Le cause di essa non vanno ricercate in un'aumentata eliminazione di fosforo, ma in un aumento nell'eliminazione del calcio (calcariuria). La presenza di fosfato ammonio-magnesiaco e di urato di ammonio, nell'urina emessa da poco indicano un'infezione delle vie urinarie.

Gli ossalati si trovano quando l'acidità dell'urina diminuisce, dopo un uso abbondante di frutta e legumi, nonchè nella gotta, nel diabete e nella neurastenia. La cistina indica un disturbo del ricambio intermedio, mentre la leucina e la tirosina, nelle urine itteriche, indica gravi lesioni della cellula epatica, specialmente l'atrofia epatica.

Sedimenti organizzati. — Il *sangue*: se ben mescolato con l'urina, insieme con cilindrì, con le emazie pallide, come lisciviate, rigonfiate e segmentate è da considerarsi come di origine renale (rene da stasi, infarto, nefrite emorragica). Se con coaguli, con le emazie ben conservate, insieme con abbondanti leucociti ed epiteli, si deve pensare all'origine infrarenale (cistite, porpora, tumori, varici, calcoli, tubercolosi, aneurismi, traumi, ecc.).

I *leucociti*: si trovano abitualmente nelle nefriti; nelle infiammazioni delle vie di eliminazione dell'urina, si hanno i polinucleari che, nella pielite, si trovano a forma di grappolo. La colorazione con trypanblu e col rosso Congo, secondo Seyderhelm, permette la differenziazione fra leucociti intatti e quelli lesionati e dà quindi un punto d'appoggio per distinguere i processi cronici da quelli acuti.

Gli epitelî renali, se sono abbondanti ed hanno segni di degenerazione grassa indicano un processo infiammatorio. Gli epiteli caudati non sono patognomonici per la pielite, ma sono sospetti. Un abbondante contenuto in epitelî delle vie urinarie si trova nello stato infiammatorio di queste.

I *cilindri*: quelli jalini, ed a granulazioni fini o grosse non sono caratteristici per nessuna particolare lesione renale. Quelli cerei, che si ritenevano indicassero l'amiloidosi si trovano nell'oliguria renale e specialmente nello stadio iniziale della glomerulo-nefrite acuta diffusa. I cilindri di leucociti nella nefrite purulenta e nella pielonefrite. Quelli lipoidici (con granulazioni a doppia rifrangenza) nella degenerazione dei tubuli (nefrosi genuina e secondaria). I cilindri di Gülz (brevi, a lucentezza opaca) si trovano nel coma diabetico; quelli itterici nell'ittero grave. Quelli emoglobinici nell'emoglobinuria parossistica e nella febbre emoglobinurica.

Il *grasso*: nell'urina, con concomitante lipemia si ha nelle anemie gravi, intossicazioni da fosforo e da sublimato, nelle fratture ossee, nell'alcolismo e nel diabete. Senza lipemia, in forma molto suddivisa, si trova nella filariosi ed in rari casi di abnormi comunicazioni dei vasi linfatici con le vie urinarie.

fil.

Sulla presenza di cocchi gramnegativi diversi dal gonococco nel tratto genitale femminile.

È generalmente noto che il canale genitale della donna, oltre al gonococco di Neisser, può albergare anche altri tipi di cocchi gramnegativi, ai quali però per lo più non è mai stata attribuita una particolare importanza nosologica. Malgrado che la loro dimostrazione nel secreto vaginale e la loro differenziazione dal gonococco possano rivestire un'importanza grandissima, specialmente ove si pensi alla possibilità di delicate complicazioni di natura medico-legale, i detti cocchi gramnegativi sono stati solo raramente oggetto di studio ed abitualmente nei trattati vi si accenna solo di sfuggita.

T. Cuizza (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, febbraio 1930) ha eseguito una ricerca sistematica dei cocchi gramnegativi nel tratto genitale di 65 donne, affette prevalentemente da forme infiammatorie ginecologiche. All'esame batterioscopico degli strisci in nessuno dei 65 casi esaminati ha potuto stabilire con sicurezza la presenza di tali cocchi in modo che si potesse escludere che si trattasse di gonococchi. All'esame culturale invece, in 6 casi su 65 ha potuto ottenere lo sviluppo di cocchi gramnegativi nei terreni culturali e in 3 casi ha potuto isolarli in cultura pura. L'A. descrive i caratteri morfologici, culturali, biochimici di questi 3 tipi di cocchi gramnegativi e ne discute la diagnosi differenziale coi tipi analoghi già noti ed in ispecie col gonococco di Neisser.

Egli dimostra che tali tipi di cocchi gramnegativi sono diversi dal gonococco e non identificabili per lo più coi tipi conosciuti di diplococchi gramnegativi del cavo-faringeo, e richiama l'attenzione sull'importanza dell'argomento, data la possibilità che tali cocchi ad un esame men che rigoroso vengano scambiati col gonococco di Neisser. TOSCANO.

Il valore del dosaggio della diastasi urinaria nelle affezioni pancreatiche acute.

Dopo la scoperta della diastasi nelle urine per opera di Wohlgemuth, attribuita alla secrezione pancreatica, molti hanno voluto assegnare a tale ricerca un gran valore, mentre altri hanno negata alla reazione di Wohlgemuth ogni importanza.

T. Skoog (*Acta chir. Scand.*, n. 65, suppl. XIV, 1929) ha voluto riprendere lo studio di tale reazione, praticandola sistematicamente in 350 pazienti, affetti da lesioni addominali acute.

Egli ha potuto stabilire prima di tutto che 128 U. D. dovevano considerarsi normali; si poteva considerare patologica una diastasuria superiore a 256 U.

Nelle lesioni pancreatiche acute si nota una diastasuria superiore a 256 se l'esame delle urine vien fatto nelle 36 ore dall'insorgenza dei fenomeni; in seguito la diastasuria si attenua. Sicchè è importante notare che l'assenza di diastasuria nelle prime ore esclude una lesione pancreatica. Tuttavia una diastasuria patologica non è patognomonica di una lesione pancreatica, perchè nel 12,3 % di paz. con affezioni acute delle vie biliari si nota una diastasi superiore a 256 U. Anche in paz. con appendicite acuta si hanno valori elevati, e così in casi di perforazione d'ulcera duodenale e di una trombosi mesenterica, con pancreas integro.

La quantità della diastasi in un'affezione pancreatica non ha valore prognostico, non essendovi alcun rapporto tra la quantità della diastasi e l'entità della lesione.

Nei casi di gravi lesioni pare che le cellule dell'organo diventano incapaci a secernere forti quantità di diastasi.

La notevole diastasuria delle affezioni biliari dev'essere interpretata come un effetto dell'irritazione pancreatica, la quale potrebbe provocare una vera pancreatite.

L'A. quindi ritiene che una notevole diastasuria in un paz. con calcolosi biliare è un argomento per indurre all'intervento operatorio. CARUSI.

CASISTICA.

I disturbi simpatici e le artropatie tabetiche

André-Thomas e Kudelski (*Paris Méd.*, n. 40, 5 ottobre 1929) rilevano che la patogenesi delle artropatie tabetiche rimane ancora in sospeso. Due teorie si combattono: l'origine nervosa (Charcot), e l'origine sifilitica (Barré). In questi ultimi anni Froment e Exaltier hanno messo in luce la presenza di disturbi simpatici ai quali hanno attribuito grande importanza.

Gli AA. hanno accuratamente studiato i fenomeni simpatici concomitanti in 6 casi. In tutti hanno notato dei disturbi termici, circolatori, sudorali sull'arto che è sede della artropatia. Questi disturbi ricordano quelli che si hanno per lesione del simpatico, però mentre i disturbi termici appartengono alla serie dei fenomeni paralitici, l'iperidrosi è un segno di irritazione. Tutti questi disturbi non si estendono su una grande regione ma si circoscrivono a livello dell'articolazione malata.

Non solo la temperatura è più elevata sulla articolazione malata ma la rete venosa vi è più sviluppata, e la distensione dei piccoli vasi appare qualche volta più forte dopo compressione lenta per mezzo del manicotto dell'oscillometro. Notisi che le oscillazioni manometriche hanno un'ampiezza maggiore sopra l'articolazione malata, e minore al di sotto, onde se ci si fosse limitati a prenderle solo sopra o solo sotto si avrebbe errato.

Gli AA. si domandano se questi disturbi siano il risultato di una perturbazione del simpatico; se, in caso, questa sia primitiva o secondaria. E se essa è primitiva, dipende da una lesione dei centri simpatici, della colonna spinale o delle vie simpatiche? Froment e Exaltier concludono in quest'ultimo senso.

Alcune divergenze constatate in diverse prove accurate fanno risaltare la complessità dei fenomeni e la difficoltà della interpretazione dei fatti riguardanti il circolo periferico.

Per lo più l'ipertermia coincide con una più grande ampiezza dell'indice oscillometrico, ma ciò non è una regola assoluta.

Froment e Exaltier basandosi sulla esistenza dei predetti disturbi circolatori, termici, sudorali, e sulla asimmetria del riflesso pilomotore ritengono che le artropatie siringomieliche e tabetiche siano dovute a lesioni dei centri e delle vie simpatiche.

Gli AA. ritengono che il sistema simpatico è certamente in causa ma in un modo del tutto speciale. La stretta localizzazione dei fenomeni di disfunzione simpatica in tutta vicinanza della articolazione lascia dei dubbi ed è difficile decidere se questi non siano dovuti all'azione locale della lesione articolare sulle terminazioni nervose. Il problema è estremamente complesso. Anche la fisiopatologia della secrezione sudorale solleva dei problemi di non facile soluzione. È essa influenzata dai disturbi termici e circolatori? L'ipertermia e la irrigazione più attiva non potrebbero determinare una eccitabilità più grande delle glandole sudoripare?

Gli AA. dopo varie altre considerazioni confessano che non sanno trarre una conclusione definitiva sull'insieme dei disturbi circolatori termici e sudorali presentati dai loro malati. Non si può concludere sulla patogenesi delle artropatie tabetiche in base ai fatti su esposti; è certo che queste ricerche se diminuiscono un

po' l'importanza del simpatico, non apportano o non sopprimono alcun argomento in rapporto alla teoria nervosa di queste lesioni articolari. L. TONELLI.

Patologia e clinica dei versamenti articolari.

Le ricerche sono state condotte su liquido endoarticolare estratto con puntura dall'articolazione del ginocchio in 12 casi, di cui 9 di poliartrite reumatica, 1 d'artrite gonococcica, 2 d'artrite deformante ed 1 d'artrite per stasi.

Su tale liquido Risak e Winkler (*Deut. Arch. f. Klin. Mediz.*, CLXV, ott. 1929) hanno ricercato il pH, i germi, il numero degli elementi figurati e le loro proporzioni. La quantità del liquido variava da cmc. 20 a 80; la puntura, fatta a scopo esplorativo, spesso ha giovato al processo articolare.

Dalle ricerche si ricava che il pH ha variato da 7,6 a 7,1, senza mai oltrepassare il punto neutro di 6,8, come è facile di trovare nelle infezioni articolari chirurgiche o tubercolari.

L'albumina era tra 1 e 8,4 %; la sua quantità era in proporzione inversa del pH; a pH piccolo, corrispondeva maggior quantità di albumina.

Il sedimento all'osservazione microscopica, mise in evidenza, in prevalenza, leucociti neutrofili, senza granulazioni, e con vacuolizzazione del protoplasma, scarsa colorabilità della cellula e flocculazione della struttura nucleare.

Tra queste cellule se ne notano alcune a nucleo divenuto omogeneo, le quali reagiscono all'ossidasi, ed appartengono quindi ai granulociti. Accanto a questi elementi, si trovano anche linfociti, a colorazione normale, e grossi monociti, i quali probabilmente provengono, in massima parte, dalle cellule endoteliali che tappezzano la cavità sierosa.

Il numero di tali elementi è in rapporto all'attività del processo, e varia da 250 a 43.000; gli eritrociti sono presenti solo in casi in cui vi sia stato un trauma, e sono in via di disfacimento.

Il rapporto tra linfociti e leucociti è il seguente: nei casi acuti i leucociti sono in prevalenza sui linfociti (81:8); nei casi cronici prevalgono i linfociti (83:16).

L'esame batteriologico è stato positivo solo in un caso di artrite gonococcica; ma il germe non s'è potuto coltivare; negli altri casi il reperto è stato negativo. CARUSI.

Emangiomi dei tendini e delle guaine tendinee.

Gli angiomi delle guaine tendinee sono assai rari. Weil nel 1913 ne riportò sei casi.

M. Burman e J. Milgram (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1930) ne hanno trovati altri 6. Invece è noto come nei muscoli sono relativamente frequenti. Sono in parte congeniti, in parte acquisiti, pare per traumi. Sono dolorosi e sembra per la presenza di angioliti. Certo il dolore è legato unicamente alla presenza del tumore, che asportandolo quello scompare per ricomparire se v'è recidiva. Sono tumori generalmente piccoli, a consistenza non uniforme per la presenza di trombi, riducibili o no, a seconda dell'abbondanza di reazione fibrosa, talvolta pulsanti, posti sul decorso dei tendini. Sono più frequenti lungo i tendini dell'avambraccio e del polso, benchè in notevoli proporzioni al piede.

La diagnosi è in generale difficile.

V. GHIRON.

TERAPIA.

Esiti lontani della frenicoexeresi.

Il Castelli (*L'Ospedale Maggiore*, 31 ottobre 1929) ha studiato gli esiti della frenicoexeresi in 175 operati, però riferisce solo su 100 casi, essendo gli altri 75 operati da meno di 6 mesi. Sul numero totale di 100 operati figurano: risultati nulli 22, morti 18 e risultati favorevoli 60. Nei confronti del tempo in cui fu praticato il controllo, osservò che il numero dei morti va riducendosi a misura che ci si allontana dall'operazione, fino a scomparire nel 3° anno da essa, mentre a sei mesi di distanza la mortalità è del 33,33 %. Questo si può spiegare col fatto che la maggioranza degli operati era di malati gravi, in cui quindi l'operazione non può arrestare il decorso della malattia. A un anno di distanza dall'intervento la mortalità è del 18,18 %, a due anni del 5,88 %. Quindi nei primi due anni si elimina tutto il gruppo di malati a resistenza precaria e in cui la frenicoexeresi ha indicazione sintomatica (emottisi) o di tentativo da farsi ad altre risorse esaurite.

A 3 anni dall'operazione, scartando un piccolo numero di risultati nulli (11,76 %), si ha una percentuale favorevole dell'88,23 %, il che valorizza il metodo. Il risultato favorevole si ha prima dei 3 anni: da 6 mesi a 1 anno dal 48,48 % al 45,45 %, dopo 2 anni 82,47 %. I risultati nulli sono più numerosi a 6 mesi (18,18 %) e a 1 anno (36,36 %), perchè se in qualche caso il risultato è rapidamente favorevole, nella maggior parte esso è tardivo. Il fatto poi che i risultati nulli sono più frequenti dopo 1 anno che dopo 6 mesi si spiega così: casi a resistenza precaria ottengono un primo vantaggio, per lo più sintomatico, a 6 mesi dall'operazione, però poi la malattia si aggrava rapidamente. Lo stesso serve a spiegare perchè i risultati favorevoli dopo 1 anno sono in leggera diminuzione in confronto di quelli esaminati dopo 6 mesi (48,48 % e 45,45 % rispettivamente).

Studiando le varie forme anatomo-cliniche della malattia il Castelli ha notato che i risultati migliori appartengono alle forme unilaterali ad andamento cronico o subacuto con tendenza spontanea alla sclerosi e a localizzazioni prevalentemente basali, ilari o perilari. In 4 casi di questo tipo anatomico c'erano frequenti emottisi, scomparse dopo l'intervento; in 2 casi si trattava di cavernule sanguinanti infraclaveari, il che mostra che anche lesioni alte possono trarre vantaggio dall'operazione.

In tutti i casi ci fu paralisi postoperatoria dell'emidiaframma; l'ascesa del diaframma fu

di vario grado, ma si ebbero risultati buoni anche con ascesa nulla o scarsa; quindi questa ascesa non è che una delle ragioni del successo.

Nelle forme bilaterali il risultato favorevole è meno frequente che nelle unilaterali; però le forme a carattere cronico, a grande prevalenza monolaterale, a localizzazioni prevalentemente basali, ilari e perilari, con spontanea tendenza alla sclerosi e anche a retrazione dell'emitorace e in condizioni generali buone, hanno ritratto vantaggio dall'operazione.

Nelle forme ad andamento fortemente emottoico si ebbero risultati favorevoli quanto più la forma anatomo-clinica si avvicinava alla precedente; si ebbero risultati sfavorevoli quanto più la forma anatomo-clinica era grave. Però il Castelli ritiene che la frenicoexeresi sia indicata come cura sintomatica dell'emottisi quando è accertata la provenienza da un lato e il pneumotorace emostatico sia impraticabile.

Anche nel gruppo dei bilaterali l'ascesa del diaframma non fu sempre constatata.

Secondo Castelli sono controindicazioni all'intervento le forme a tipo broncopneumonico acuto o subacuto, la laringite specifica ulcerativa, la tossiemia specifica di grado elevato.

La frenicoexeresi in casi di pneumotorace incompleto per aderenze non recidibili è consigliabile quando la base polmonare non è completamente staccata dalla cupola diaframmatica. In casi di pneumotorace con versamento sia sieroso che purulento l'intervento può essere utile.

La frenicoexeresi praticata in malattie non tubercolari ha dato questi risultati al Castelli: in 3 ascessi polmonari 1 guarito (ascesso del lobo inferiore) e 2 morti pochi mesi dopo (ascessi del lobo medio), e in 2 bronchiettasie scomparsa rapida delle vomiche fetide.

R. LUSENA.

Sul valore del pneumotorace terapeutico nello stato di maternità.

Il Bompiani osserva giustamente che l'indicazione del pneumotorace nel corso della gravidanza (*Tubercolosi*, n. I, 1930), non dipende soltanto dalle condizioni dell'apparato respiratorio, ma dall'effetto biologico che la gravidanza esercita sull'organismo malato e che rende ogni singolo caso un problema a sè, onde non è possibile dare alla questione una soluzione generale.

Esistono in proposito tre diverse correnti di opinioni, giacchè alcuni pensano che l'uso del pneumotorace non deve escludere l'interruzione della gravidanza che rappresenta un fattore di aggravamento, altri consigliano di tentare in ogni modo la cura pronti a interrompere la gravidanza quando la cura stessa si sia mostrata inefficace, altri infine sostengono che la gravidanza è un elemento trascurabile e che il pneumotorace si deve applicare sempre senza eccezioni.

L'A., in base all'esperienza personale, ritiene che malgrado gli ottimi risultati della collassoterapia non può essere cancellata l'indicazione all'aborto terapeutico nei casi di tub. grave complicante la gravidanza anche perchè i bambini nati da donne sottoposte alla cura pneumotoracica riescono solo in scarsa percentuale a superare il primo anno di vita.

V. SERRA.

VARIA.

Riflessoterapia araba.

Gli Arabi usano praticare delle cauterizzazioni più o meno profonde su certe parti del corpo per curare alcune malattie. Le cauterizzazioni vengono usate sia per malattie che provocano dolore, che per le indolori, e sono applicate per lo più in prossimità della parte malata o in una zona che ha con questa una certa rispondenza di sito, ma talora in una regione lontana da quella malata, che non si trova in nessuna colleganza con essa. E' insomma una terapia che sembrerebbe irrazionale perchè si rivolge non alla parte affetta, ma ad un'altra che non ha con questa rapporti vascolari o nervosi o topografici.

E' usanza diffusa nello Yemen di curare le enteriti dissenteriformi con l'applicazione di un ferro rovente ad un calcagno. Talvolta si aggiungono alcune cauterizzazioni accessorie, molto piccole e superficiali, al dito pollice delle mani, alla fronte, alle tempie.

Gli Arabi dello Yemen hanno grande fiducia nell'azione favorevole di questo sistema di cura e tale fiducia trova rispondenza nella efficacia terapeutica, giacchè colla cauterizzazione del calcagno ottengono molto spesso la guarigione dell'affezione intestinale! Occorre rilevare che gli Arabi non sono quasi mai dei soggetti « nervosi » e che quindi non si hanno forme di enterite di pura origine nervosa, e che esse sono per lo più in relazione coll'alimentazione incongrua. Perciò non si può affatto invocare al successo terapeutico l'azione psichica. E' indispensabile, per spiegare l'effetto di questa maniera di cura, rivolgersi a quelle modificazioni che si ottengono nelle parti malate mediante la provocazione dei riflessi. Questa terapia, che si è cercato di valorizzare generalizzandola come un sistema di cura per un troppo grande numero di malattie, dovrebbe chiamarsi riflesso-terapia.

Le esperienze cliniche e gli studi sperimentali e le aumentate conoscenze di anatomia e fisiologia del sistema nervoso diranno quali e quante affezioni sono suscettibili di questa terapia dei riflessi e quale sia il fondamento scientifico di essa.

Comunque, la vantata originalità di questo metodo terapeutico è falsa. La riflessoterapia è praticata in Arabia, e forse anche altrove, da tempo immemorabile.

Sanaa (Yemen), marzo 1930-VIII.

Dott. CESARE ANSALDI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XV. - Direttore di Ospedale. Licenziamento illegittimo.

Un medico chirurgo era *sanitario condotto e direttore dell'ospedale*, per due distinti rapporti di impiego. Fu licenziato, con deliberazione della Congregazione di Carità, dall'ufficio di direttore; ma questo provvedimento fu annullato dal Consiglio di Stato in sede giurisdizionale. Frattanto, il Prefetto lo destituì dall'ufficio di medico condotto. Il Presidente della Congregazione, senza una regolare deliberazione, diffidò il direttore dell'ospedale, giuridicamente reintegrato per effetto della decisione del Consiglio di Stato, e gli ingiunse di non riprendere più servizio nell'ospedale, in relazione al provvedimento di destituzione emanato dal Prefetto.

L'atto della Congregazione è stato dichiarato illegittimo dalla V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 21 marzo 1930 n. 164 per le seguenti considerazioni: « La necessità che occorresse un nuovo e diverso atto giuridico che troncasse anche quest'altro rapporto d'impiego, sentì il Presidente della Congregazione, per cui fu indotto a dichiarare che, facendosi forte dei motivi che giustificavano il decreto prefettizio, egli riteneva avvalersi dell'art. 216 del T. U. delle leggi sulla P. S. Tale dichiarazione però se può rivelare una intenzione, non costituisce giuridica manifestazione di volontà di esonero ai sensi dell'art. 216 predetto, nè ai sensi dell'art. 2 della legge 11 novembre 1925 n. 2023 (trasfuso nell'art. 216 stesso), nè del R. D. 23 ottobre 1925 n. 2113. Affinchè un atto amministrativo possa acquistare quella speciale indole che l'amministrazione abbia volontà d'imprimere, e spiegare, quindi, i suoi effetti giuridici, è indispensabile che, a parte la competenza, sia manifestato nelle forme prescritte. Nella specie, se c'è una manifestazione intenzionale, manca l'atto formale, che l'intenzione integri la giuridica dichiarazione di volontà di esonero, che, a parte i controlli amministrativi, a cui avrebbe dovuto sottostare, avrebbe dovuto esprimere quale fra le sanzioni, indicate nel 1° comma dell'art. 216, si sarebbero dovute applicare al dott. Battista (destinazione, remozione, semplice licenziamento), previa contestazione e fissazione di un termine congruo per rispondere. Tutti questi elementi formali mancando nell'atto di diffida impugnato, non può questo Collegio riconoscere in esso alcun effetto che importi esonero del dott. Battista dal posto occupato presso la Congregazione di Carità ».

L'art. 216 del T. U. della legge sulla P. S. stabilisce il licenziamento degli impiegati « che appartengano ad associazioni, enti od istituti nel regno o fuori ed operanti, anche solo in parte, in modo clandestino od occulto, o i cui soci sono comunque vincolati dal segreto ».

Nel caso deciso dal Consiglio di Stato, la quistione consisteva nello stabilire se era stato costituito un rapporto d'impiego, avente per oggetto la condotta medica e la direzione dell'ospedale, o se due fossero le relazioni giuridiche.

Nel primo caso, il provvedimento del Prefetto avrebbe estinto il rapporto, per tutti gli effetti. Nel secondo, invece, la destituzione non poteva influire sulla situazione giuridica indipendente dalla condotta medica, che sola era oggetto della determinazione prefettizia. Doveva quindi provvedere la Congregazione. Ma la volontà amministrativa deve essere estrinsecata con le forme stabilite dalla legge; non era quindi sufficiente, e in ogni modo legittimo, un semplice atto di diffida, il quale presuppone una deliberazione che abbia estinto il rapporto d'impiego e che debba essere eseguita.

XVI. - Dimissioni non accettate. Procedimento disciplinare.

Le dimissioni volontarie, sino a quando non sono espressamente o tacitamente accettate dall'Amministrazione competente, non estinguono il rapporto d'impiego.

L'impiegato dimissionario deve, quindi, continuare a prestare l'opera sua e ad eseguire tutti gli obblighi che derivano dalla legge e dai regolamenti locali.

Un medico igienista del Comune di Napoli presentò le sue dimissioni e poi abbandonò il servizio. L'Amministrazione, che non le aveva ancora accettate, lo sottopose a giudizio disciplinare e, frattanto, lo sospese a tempo indeterminato.

È da notare che era stato notificato al Comune un atto di diffida perchè accettasse le dimissioni entro un dato termine. Ma il Comune ritardò a provvedere. Essendo stato prodotto ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, si doveva stabilire se era legittimo il provvedimento dell'Amministrazione. La V Sezione, con decisione 29 marzo 1930 n. 208, ha confermato anzitutto che è necessaria l'accettazione delle dimissioni perchè si produca l'effetto estintivo. Questa risoluzione è ovvia.

Esaminando poi un quesito più delicato, circa il termine entro il quale l'amministrazione deve provvedere, non potendo dipendere dall'arbitrio di essa di accettare o non le dimissioni, o di provvedere quando creda, il Consiglio di Stato ha ritenuto che il ritardo non è illegittimo se giustificato da motivi di servizio. In quel caso, per esempio, parve che il ritardo fosse determinato da ragioni di salute pubblica.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

La tutela del segreto della maternità illegittima.

Uno dei più delicati aspetti della politica demografica è quello che riguarda la tutela del segreto della maternità illegittima nel caso di abbandono del neonato, al fine di evitare i così deprecati procurati aborti o infanticidi. È un aspetto che il Regime fascista, così premuroso nell'assistenza dell'infanzia e della maternità e nel favorire l'incremento delle nascite, non poteva trascurare. Perciò con un opportuno provvedimento governativo, mentre si è sostituito definitivamente l'anacronistico medioevale sistema della « ruota » con quello della consegna diretta dell'infante agli istituti di assistenza, rendendo obbligatoria per la direzione degli Istituti stessi le indagini sulla maternità dell'assistito, si è d'altra parte provvisoriamente lasciata in vigore la disposizione dell'art. 376 del C. C. che consente alla madre di rifiutare, ove lo creda, la dichiarazione della proprietà; e conseguentemente si è regolata la procedura per la presentazione dell'infante e per l'esecuzione delle indagini in maniera da rispettare il segreto ed evitare qualsiasi indiscrezione.

Le nuove disposizioni legislative perciò consentono che la presentazione diretta dell'infante sia fatta, quando la madre non voglia intervenire, dalla levatrice che ha prestato l'assistenza durante il parto o da qualsiasi altra persona e ammette altresì che la richiesta di assistenza sia fatta anche verbalmente. Pone inoltre dei limiti precisi e stabilisce speciali forme per evitare che l'interrogatorio della persona che presenta l'infante e le eventuali indagini successive si conducano senza le necessarie garanzie di delicatezza e riservatezza. Vieta in modo assoluto di rivelare l'esito delle indagini sulla maternità e di fare pratiche per indurre la madre all'allattamento del figlio, quando si oppongano a ciò gravi motivi di ordine morale. Infine, per evitare che la madre sia esposta a rendere pubblica la propria maternità, le consente di effettuare l'allattamento anche a domicilio.

L'Opera Nazionale per la maternità e infanzia ha però rilevato che alcuni Brefotrofi non accettano il bambino, anche se denunziato come figlio di ignoti, se non sia presentato personalmente dalla madre. Altri poi esigono una domanda scritta ed esibizione di documenti che la madre non può richiedere agli uffici competenti senza rendere pubblica la propria maternità. Altri ancora, per accettare il bambino, esigono che la madre versi un deposito o si impegni ad allattare il figlio per alcuni mesi.

Inoltre in qualche istituto gli accertamenti della maternità degli assistiti sono condotti senza le garanzie di riservatezza previste dalla legge e, contrariamente al tassativo disposto dalla legge, nel verbale vengono indicate anche le generalità della madre. Infine le pratiche per ottenere il riconoscimento e l'allattamento materno dei bambini dei quali chiedesi l'assistenza sono svolte frequentemente in forma brusca e imperativa, mentre la legge vuole una paziente opera di persuasione e raccomanda in specie che l'interrogatorio della persona che presenta l'infante sia fatto cautamente e con ogni possibile delicatezza.

Non soltanto tutte queste infrazioni della legge sono divenute abitudinarie, ma le amministrazioni interessate tendono financo a trasformare le loro illegali consuetudini in vere e proprie norme regolamentari, inserendole nel nuovo regolamento speciale predisposto.

Per porre termine a questo stato di cose è intervenuta l'Opera Nazionale per la maternità e l'infanzia, il cui presidente on. Blanc ha diramato una dettagliata circolare ai presidenti delle federazioni provinciali dell'Opera perchè, d'accordo coi Prefetti, facciano presente alle amministrazioni incaricate nelle rispettive provincie del servizio di assistenza dei fanciulli illegittimi, che l'inosservanza delle disposizioni di legge intese ad evitare che contro l'espresso volere della madre nubile ne sia divulgata o comunque resa pubblica la maternità, compromette seriamente il regolare sviluppo della politica demografica del Regime. In ogni modo è certo che tutte le norme regolamentari contrarie alle disposizioni di legge devono ritenersi prive di ogni efficacia giuridica. I detti presidenti devono altresì esercitare attiva vigilanza affinchè le disposizioni della vigente legge concernente la procedura per la presentazione degli infanti, l'esecuzione delle indagini sulla maternità, la dispensa della madre dall'allattamento per ragioni morali, e la facoltà di effettuare l'allattamento a domicilio, abbiano dovunque precisa e rigorosa applicazione.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acquafredda (*Brescia*). — Proroga 15 lug.

Alghero (*Sassari*). *Ospizio Marittimo Sanitario.* — Direttore; scad. 25 lug.; L. 10.000. Rivolgersi Amministraz.

Banzi (*Matera*). — Proroga 6 lug.

Bozzolo (*Mantova*). — Scad. 31 lug.; L. 9000 e 4 quadrienni dec., c.-v.; L. 1500 come chirurgo primario dell'Ospedale e 50 % atti operativi dei solventi; L. 800 bicicletta; età lim. 40 a.

Casalfiumanese (*Bologna*). — Scad. 30 giu.; due condotte; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500-3000 trasp., L. 500 ambulat., L. 840 c.-v. se coniugato; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50,10.

CASALROMANO (*Mantova*). — Residenziale per tutta la popolaz. (1500 abitanti in due gruppi). Scadenza 6 agosto. (V. N. 22).

CASTEL DEL MONTE (*Aquila*). — Unica per soli poveri. Scadenza 30 giugno. (V. N. 22).

CASTEL S. PIETRO EMILIA (*Bologna*). — Scad. 30 giu.; per Montecalderaro; L. 9800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cav., L. 500 ambul.; tassa L. 50,10.

COMEZZO (*Gorizia*). — Scad. 30 giu. Rivolgersi segret. com.

FIGINO SERENZA (*Como*). — Scad. 30 giu.; lire 9000 e quattro quinquenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

FIGLINE VALDARNO (*Firenze*). — Scad. 25 giu.; per Gaville; L. 8500 e 8 trienni dec., oltre c.-v.; età lim. 25-35 a.; tassa L. 50,15.

FROSINONE. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore chimico del Laboratorio Prov. di igiene e profilassi. Stip. base annue L. 15.000, suscettibile di tre aumenti periodici, uno trienn. e due quadrienn. fino a raggiungere L. 17.400 lorde. Indenn. di serv. attivo 20 % dello stip. base. Età mass. a. 45 salvo eccezioni fatte dai RR. DD. 16 gen. 1927, n. 155 e 1° sett. 1922, n. 1290. La domanda coi certificati prescritti, di data recente, debitamente legalizzati, dovrà pervenire alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale non più tardi delle ore 17 del 17 luglio 1930. I programmi e le norme di esame sono quelli stabiliti con D. M. 9-V-1927. La nomina cadrà su uno dei concorrenti compresi nella terna. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria suddetta.

GORGOGLIONE (*Matera*). — Per i poveri del Comune secondo il capitolato di servizio tipo della prov. di Matera. Stipendio annuo L. 7000 con gli aumen. consentiti dal predetto capitolato, al lordo delle ritenute di ricch. mob. e monte pensione. Scadenza un mese dalla data del 20 maggio. Per altri chiarimenti sui documenti ecc., rivolgersi alla Segreteria Comunale.

GORIZIA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo dell'ufficio d'igiene del capoluogo; L. 17.400 aumentabili, oltre L. 4000 serv. att. Scad. 30 giu.

GUALDO CATTANEO (*Perugia*). — Scad. 30 giu.; rivolgersi segret. com.

MARENO DI PIAVE (*Treviso*). — A tutto il 30 agosto, ore 18. Per informazioni e bando rivolgersi alla Segreteria del Comune.

MOMBARUZZO (*Alessandria*). — Scad. 28 giu.; con Quaranti; L. 8000 oltre L. 800 uff. san., L. 2500 cav.; tassa L. 50,10.

MONZA (*Milano*). *Ospedale Umberto I.* — Medico secondario; L. 5000 oltre L. 500 serv. att., partecipaz.; per le guardie L. 10 e vitto; nom. e 2 conferme biennali; tassa L. 50. Scad. 30 giu.

NOCERA INFERIORE (*Salerno*). — Ospedale Psichiatrico « Vittorio Emanuele II ». Per titoli. Posto di direttore sanitario. Stipendio L. 21.000 aumentabili a L. 23.000, oltre il supplemento di servizio attivo di L. 7500, al lordo di ritenute, e tre posti di medico ordinario: stipendio L. 11.600 aumentabile a L. 13.700, oltre il supplemento di servizio attivo di L. 2800, al lordo di ritenute. Termine utile per la presentazione delle istanze e documenti: 30 giugno 1930. Per chiarimenti rivolgersi al Presidente del Consiglio di Amministrazione.

NOVARA. *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 30 giu.; medico primario; L. 11.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 2000 serv. att., L. 2000 indenn. guardia, c.-v.; computo servizi anteriori in Ospedali Psich.; età lim. 32 a.

OPACCHIASELLA (*Gorizia*). — Scad. 31 ag.; con Temenizza; L. 9000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 900 serv. att., c.-v.; L. 3000 automobile.

PALERMO. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Montemaggiore Belsito; L. 7000 e 5 quinquenni dec.; scad. 30 lug.; doc. a 3 mesi dal 22 mag.; titoli ed esami.

POIRINO (*Bergamo*). — Scad. 31 ag.; L. 8000 aumentabili a 12.000 in 20 anni; trasp. L. 500-1800-3000; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

PREMANA (*Como*). — Scad. 20 giu.; con Pagnone; L. 10.000 e 10 bienni decimo; indennità diverse ed uff. san. L. 4200; età lim. 24-45 a.

REGGIOLO (*Reggio Em.*). — Scad. 20 lug.; lire 8000 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v. in L. 720, L. 1500-3000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

S. STINO DI LIVENZA (*Venezia*). — Scad. 15 lug.; 2ª condotta; rivolgersi Segreteria comun.

TAGGIA (*Imperia*). — Scad. 30 giu.; 2ª condotta.

TARANTO. *Comune.* — 2° oculista; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; età lim. 45 a. Scad. 30 giu.

VENEZIA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Medico ispettore; scad. 10 lug.; L. 21.000 e 4 aumenti decimo, oltre L. 6000 serv. att., L. 10.000 trasferte, mezzo di trasporto gratuito (non però la conduzione); età lim. 40 a.; tassa L. 50.

VERONA. *Ospedale Civile.* — Scad. 30 lug.; aiuto medico; L. 5000 oltre L. 1000 serv. att., percentuali (minimo L. 3000 nel 1° anno, L. 4000 nel secondo); età lim. 25-40 a.; tassa L. 50,05. Rivolgersi al Consiglio Ospitaliero.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con Decreto Reale del 26 aprile u. s., su proposta del Capo del Governo e di S. E. Renato Ricci è stato conferito il diploma di benemerenza con facoltà di fregiarsi della medaglia di bronzo al dott. Umberto Sala dirigente il servizio sanitario dell'O. N. B. in provincia di Salerno per l'opera particolarmente efficace e la proficua attività svolta a vantaggio dell'O. N. B.

Con sovrano *motu proprio* il dott. prof. Francesco Saverio Paparozzi è stato nominato commendatore dell'Ordine della Corona d'Italia.

Il dott. Alcalá Santaella è nominato professore di anatomia alla Facoltà medica di Cadice.

Sono abilitati alla Libera Docenza in:

Anatomia e Istologia generale: Reitano Riccardo.

Anatomia e Istologia patologica: Ajello Luigi, Bompiani Gaetano, Cesaris Demel Venceslao, Fontana Alfredo, Mannelli Matteo, Testa Matteo, Zanetti Giovanni Battista.

Anatomia umana normale: Girone Enrico, Scoppetta Gaetano.

Chimica fisiologica: Russo Giuseppe.

Clinica dermosifilopatica: Bonaduce Francesco, Jaia Giovanni, Marcozzi Aldo, Pisani Eugenio, Sannicandro Aldo.

Clinica Malattie mentali e nervose: Alessio Cesare, Farina Siro, Gozzano Mario, Vizioli Francesco.

Clinica Malattie vie urinarie: Caporale Luigi.

Clinica oculistica: Aliquò Mazzei Alessandro, Bencini Alberto, Collevati Umberto, Pagani Mario.

Clinica ostetrica e ginecologica: Arcieri Maria, Dal Re Ottorino, D'Aprile Francesco, Gusso Aldo, Martinolli Aldo, Motta Giuseppe, Rossi Domenico, Trettenero Mario, Tropea Ugo.

Clinica pediatrica: Barbacci Piero, Bosio Carlo, Dardani Remo, De Simone Guido, Fanton Edoardo, Gandolfo Silvia, Giaume Cesare, Vasile Baldassarre, Zallocco Antonio.

Farmacologia e Terapia: Agnoli Renzo, Messini Mariano.

Fisiologia applicata all'aviazione: Talenti Cesare.

Fisiologia sperimentale: De Carlo Luigi.

Istologia: Pastori Giuseppina.

Istologia e Biologia generale: Bucciante Luigi.

Medicina del lavoro: Caccuri Scipione, Coppa Ezio.

Odontoiatria e Protesi dentaria: Muzii Pancrazio Edmondo.

Ortopedia e Traumatologia: Buonsanti Paolo.

Patologia generale: Locatelli Piera, Morelli Elisa, Scotti Fogliani Luigi.

Patologia speciale chirurgica dimostr.: Valdoni Pietro.

Patologia speciale medica dimostrativa: Audo Gianotti Giov. Batt., Bisbini Bartolomeo, Castellotti Francesco, D'Antona Leonardo, Galluppi Antonino, Introzzi Paolo, Manai Giulio, Margreth Giovanni, Massa Mario, Moretti Enrico, Occhioni Pietro, Quaranta Luigi, Segre Riccardo, Sosti Raffaele, Vasaturo Alessandro, Vegni Remo.

Radiologia medica: Benassi Enrico, D'Amato Giuseppe, Feci Lorenzo, Giovetti Vittorio.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Firenze.

Il Prof. Schupfer alla Scuola di Applicazione di Sanità Militare.

Il giorno 23 maggio il prof. F. Schupfer, direttore della Clinica Medica di Firenze, ha tenuta un'interessantissima conferenza su l'« Endocardite lenta ».

Egli ha iniziato il suo dire facendo rilevare come difficilmente la malattia venga riconosciuta fino dal suo esordio e quanto disparate possano essere invece le diagnosi (malaria, cisto-pielite, febbre ondulante, tbc. renale, ecc.) sotto cui arrivano a noi i malati di endocardite lenta. A questo proposito il Morawitz asserisce che il 50 % dei casi vennero inviati a lui per tubercolosi polmonare. La ragione di questo fatto deve esser ricercata anzitutto nella ricchezza di sintomatologia che presenta la forma morbosa, di modo che l'attenzione del medico è spesse volte attratta da un sintoma dominante che impedisce di valutare e ricercare quelli che potrebbero invece condurre a un diagnostico esatto. In secondo luogo nel fatto che l'endocardio colpito, il quale a tutta prima sembrerebbe dovesse presentare le manifestazioni più clamorose, dà, almeno per lungo tempo, poco sentore di sè; e poichè in una grande maggioranza dei casi la malattia si produce in individui già conosciuti per cardiopatici, non si pone sufficiente attenzione alle condizioni cardiache come causa della fenomenologia complessiva.

Si deve a Schottmüller la dimostrazione in una gran parte dei casi dello strept. viridante sia nel sangue circolante, sia sulle lesioni valvolari, e anche nella Clinica di Firenze questo germe venne isolato nel 50 % dei malati *in vitam*, così che è logico ammettere, considerando anche dei casi in cui può farsi l'isolamento del germe *post mortem*, una percentuale di positività anche maggiore. Si deve tener conto a questo proposito che lo strept. virid. ha la caratteristica, secondo Schottmüller assoluta e costante, di impiantarsi sempre su valvole in precedenza lese di individui già cardiopatici, di guisa che se si trattava di un individuo mitralico esso rimane mitralico e non diventa aortico e così inversamente. Ciò differenzia clinicamente l'endocardite lenta dalle altre endocarditi e non consente di aderire alle idee di coloro che ritengono lo strept. virid. una variante dello strept. emol. Coloro i quali ammettono che anche lo strept. virid. possa, come l'emolitico e gli altri germi, colpire anche valvole sane, si basano sul criterio della negatività di precedenti cardiaci nei soggetti, criterio che però è molto fallace, poichè si sa quanto spesso una fortuita occasione fa scoprire dei cardiopazienti per lo innanzi del tutto ignorati. E, contro il criterio che lo strept. virid. possa colpire individui indenni precedentemente nel loro endocardio sta anche la considerazione che questo germe, ospite frequentissimo di mucose normali, può dare in certi soggetti riniti, enterocoliti, ecc. senza obbligatoriamente produrre lesioni cardiache, e d'altra parte si conoscono setticemie da strept. virid. senza fissazione endocardiaca; così che tutto porta a dar valore al concetto che esso, per produrre l'endocardite lenta, e per insediarsi sull'endocardio, abbia necessità di particolari condizioni rappresentate appunto da una preesistente lesione valvolare.

Venendo a trattare la sintomatologia l'O. ha fatto rilevare come nel decorso della malattia si possa avere un primo periodo con sintomatologia poco spiccata, un secondo in cui i sintomi si fanno più chiari, un terzo in cui divengono del tutto conclamati. Un primo sintoma cui si deve dare molto valore è rappresentato dal movimento febbrile: esso molte volte passa del tutto inosservato, in quanto, come la febbre dei tubercolosi, è benissimo tollerato dai malati, di solito non accompagnato nè da brividi nè da su-

dorazioni; può durare settimane, mesi, da solo senza altri segni salvo uno stato di lieve astenia che però non impedisce le ordinarie occupazioni; in genere di tipo intermittente, ha la caratteristica di presentare gruppi febbrili più elevati e gruppi più bassi, come pure può avere tipico andamento ondulante, con periodi di apiressia completa, nei quali però non si assiste a un rifiorire delle condizioni generali.

Un altro sintoma importantissimo è il tumore di milza, imputabile non solo allo stato infettivo in atto, ma anche alla possibilità di infarti che quando si verificano inducono dolore e sfregamento perisplenico. Accanto al tumore di milza è da considerare quello del fegato, ove però gli infarti sono estremamente rari; epatomegalia che non deve essere riferita, nonostante che si produca in cardiopatici, a fatti di stasi per deficienza cardiaca, poichè questa sopravviene in genere solo negli ultimi periodi della malattia.

Altro sintoma è l'anemia che può conferire una tinta speciale verdognola o caffè e latte ai malati, anemia che in parte è di ordine vasomotorio e che può assumere secondo alcuni, carattere pernicioso o meglio perniciosiforme. Accanto all'anemia si debbono considerare le altera zioni della serie bianca, in cui una leucopenia non sembra rivestire però carattere pronostico più grave di una leucocitosi, e in cui è da tener conto della presenza spontanea o provocata artificialmente, (stropiccìo del l. dell'orecchio), di forme endoteliali circolanti.

Questo tripode sintomatologico (*febbre-splenomegalia-anemia*) deve sempre risvegliare il sospetto della possibilità di un'endocardite lenta e deve spingerci a ricercare accuratamente quei sintomi che sono espressione dell'attività di processi neoproduttivi valvolari: *le embolie*. Embolie micotiche, asettiche che portano all'ematuria microscopica, transitoria, ai noduli eritemato-papulosi cutanei, alle emorragie retiniche, alle embolie nei *vasa vasorum* e consecutivi aneurismi arteriosi multipli contemporanei, alle embolie infine e emorragie nella sostanza cerebrale. La ricerca di questi fatti embolici è della massima importanza per la diagnosi.

Venendo a parlare della diagnosi differenziale con le altre forme di endocardite l'O. ha fatto presente che l'endocardite lenta può differenziarsi dalla reumatica ricorrente, poichè qui è diverso il carattere del movimento febbrile, poichè manca l'anemia e il tumore di milza e soprattutto le embolie microscopiche, e per il comportamento degli orifici cardiaci, in quanto essi possono essere colpiti *ex novo* o possono notevolmente modificare i loro reperti ascoltatorî. Dalle endocarditi maligne acute essa si distingue per il maggior tumulto dei sintomi; per il carattere più accentuato d'intermittenza della temperatura, per le embolie che qui dànno luogo a fatti suppurativi metastatici.

La prognosi e la cura possono riassumersi brevemente: infausta la prima a scadenza più o meno lontana, inefficace quindi la seconda nonostante siano stati sperimentati tutti i possibili presidi terapeutici, dai vaccini, alla eteroproteinoterapia, dai metalli colloidali al neosalvarsan.

P. CANALE.

NOTIZIE DIVERSE.

Comitato per la medicina del Consiglio nazionale delle Ricerche.

Sotto la presidenza dell'accademico d'Italia prof. Dante De Blasi si è riunita la giunta del Comitato nazionale per la medicina del Consiglio nazionale delle Ricerche, che ha preso cognizione delle relazioni di numerosi istituti delle Facoltà medico-chirurgiche del Regno. Ha largamente discusso sugli argomenti delle ricerche iniziate e da compiersi presso i diversi istituti scientifici. I temi presi in particolare considerazione sono: il reumatismo cronico, l'anchilostomiasi, la febbre ondulante, l'azione biologica della luce sull'organismo umano.

All'Accademia d'Italia.

La prima seduta pubblica dell'Accademia d'Italia si è tenuta nel Palazzo della Farnesina, alla presenza del Re, delle più alte Autorità, del Corpo diplomatico. Parlarono gli accademici Sartorio, Volpe, Formichi.

È stata annunziata la distribuzione dei premi d'incoraggiamento, per l'importo complessivo di un milione. Tra i premiati figurano due periodici di medicina: « Archivio di anatomia patologica » con L. 10.000 e « Il Valsalva » con L. 4000. Notiamo anche parecchi periodici di biologia, chimica, fisica, letteratura, diritto, musica, ecc. Il premio più cospicuo è stato conferito alla « Gazzetta chimica »: importa L. 100.000.

4° Congresso italiano di medicina legale.

Il 2 corr., nella storica sala anatomica dell'Archiginnasio di Bologna, fu solennemente inaugurato il Congresso nazionale di medicina legale. Parlarono il prof. Martinotti, il prof. Moriani, direttore dell'Istituto di medicina legale, e il prefetto, che dichiarò aperto il Congresso in nome del Re.

I lavori si sono svolti attivi. I congressisti hanno visitato l'Istituto Ortopedico Rizzoli e compiuto una gita a Ravenna, ove hanno reso omaggio alla tomba di Dante.

Quale sede del futuro Congresso è stata acclamata Roma.

2° Congresso nazionale di nipiologia.

Si è tenuto a Bolzano dal 4 al 6 corr., sotto la presidenza del prof. Cacace.

Tra circa 200 partecipanti, erano note illustrazioni della pediatria italiana.

Alla seduta inaugurale, nel palazzo dell'Economia, parlarono il prefetto gr. uff. Marziali, i proff. Cattaneo, Cevelotto, Cacace, il dott. Briani del Sindacato Medici Alto-Adige ed il prof. Piccinini dell'Associazione Idrologica; è stata data lettura di telegrammi di adesione, fra cui applauditissimi quelli di S. A. R. la Duchessa d'Aosta, alta patrona del Congresso, e del Ministro Giuliano.

Vennero fatte interessanti relazioni, tra cui quelle dei proff. F. Valagussa e G. d'Ormea.

Dei lavori daremo ulteriori notizie.

10° Congresso belga di neuro-psichiatria.

La « Société de Médecine mentale de Belgique » e la « Société belge de Neurologie » si aduneranno a Liegi dal 28 al 30 luglio. Questa riunione coinciderà col 60° anniversario della prima di dette società.

Seguirà immediatamente al 34° Congresso dei medici alienisti e neurologi della Francia e dei paesi di lingua francese, il quale, come abbiamo annunziato, è indetto a Lilla dal 21 al 26 luglio.

Temi: « Sulle angioneurosi », « I disturbi congeniti del linguaggio ».

La quota è fissata in 50 fr. per gli aderenti, 30 fr. per gli associati.

Sono in programma una visita alle Esposizioni d'Anversa e di Liegi, un'escursione alle stazioni balneari di Spa e di Chaudfontaine, una serata teatrale per i medici stranieri, ricevimenti, ecc.

Segretario generale del Congresso è il Dr. A. Leroy, rue Beeckman 18, Liége; tesoriere il Dr. Devos, rue Willems, Gand.

La " Famiglia delle Infermiere „ della Croce Rossa.

Nella sede del Comitato centrale della Croce Rossa Italiana si sono inaugurati i nuovi magnifici locali destinati alla « Famiglia delle infermiere ».

Questa nuova istituzione, sorta recentemente in seno alla Croce Rossa Italiana ha lo scopo di riunire in comunità di spirito e di lavoro tutte le infermiere della numerosa schiera rosso-crociata le quali per nobile iniziativa della Duchessa d'Aosta, Augusta ispettrice generale, hanno assunto il dolce e significativo nome di « Sorelle ».

Tale « Famiglia » è stata istituita sotto l'alto Patronato della Regina, la presidenza onoraria della Duchessa Elena d'Aosta e la vice presidenza onoraria della Duchessa delle Puglie.

Alla cerimonia intervenne la Duchessa d'Aosta. Mons. Carlo Cremonesi, Elemosiniere segreto di S. Santità ha benedetto i locali.

Parlarono la delegata generale delle infermiere, marchesa Irene di Targiani Giunti, il sen. Cremonesi, presidente generale, e l'on. Turati, segretario del Partito. Poi la Duchessa d'Aosta ha consegnato alle infermiere e alle assistenti sanitarie i diplomi conseguiti nell'ultimo anno scolastico.

Istituto Vittorio Emanuele di Lecco.

L'Istituto ha iniziato, col mese di maggio, il terzo anno della sua attività.

L'Istituto svolge due azioni parallele e pure distinte: l'una di profilassi, di prevenzione, di educazione igienica a mezzo del Dispensario Antitubercolare, che deve provvedere all'accertamento diagnostico, alle proposte di ricovero, alla propaganda igienica, al collegamento con tutti gli Enti pubblici e privati; l'altra di vera e propria cura a mezzo della Sezione Ospitaliera Sanatoriale, nella quale vengono ricoverati i malati bisognosi di assistenza medica e degli interventi terapeutici.

Il primo anno di vita fu essenzialmente di penetrazione. In pochi mesi furono visitati 1028 malati di cui 287 uomini, 604 donne e 137 bambini. Si praticarono 1430 esami radiologici, 352 esami batteriologici, 595 visite ed inchieste domiciliari. Si dette ricovero inoltre a cento malati. Nel secondo anno di vita a cura del direttore dott. Gianni Pirani si svolse un Corso di Tisiologia pei medici condotti, che lo seguirono numerosi e assidui. Le statistiche segnano notevoli progressi sulle precedenti. Furono visitati 2086 malati, dei quali 621 uomini, 1039 donne e 426 bambini. Una particolare attenzione si è rivolta all'infanzia.

Di ogni malato adulto passato per il Dispensario si sono visitati i figli o i fratellini, cosicchè non malati isolati si sono archiviati e seguiti nella lotta antitubercolare, ma interi gruppi familiari. Così, oltre che assicurarsi una visione il più possibilmente integrale e topografica della pandemia tubercolare (perchè ogni gruppo familiare è studiato nel proprio ambiente di vita e di abitazione) si è potuto risalire alle fonti che più è necessario salvare e cioè ai bambini.

È intendimento dell'Istituto di aprire una sezione per degenza di bambini malati dai 5 ai 12 anni e per tale sezione, intitolata al Principe di Piemonte, sono già state assegnate 50.000 lire dal Consorzio provinciale Antitubercolare.

Beneficenza.

La compianta signora Caterina Guglielmini, con sue disposizioni testamentarie, ha istituito erede universale l'Ospedale Maggiore di Milano, seguendo l'esempio datole già dal predefunto marito maggiore cav. Enrico Ballerio, che analoga istituzione ebbe a fare nel 1927. L'una e l'altra beneficenza furono volute per rendere degno omaggio alla memoria del figlio dott. Giovanni Ballerio, già medico dell'Ospedale, eroicamente morto per la Patria nel 1917. La sostanza netta che perverrà all'erede Ospedale si calcola complessivamente in circa due milioni.

* * *

Il Governatore della Banca d'Italia, in nome del grande Istituto che egli presiede, ha posto a disposizione del Governatore di Roma principe Boncompagni Ludovisi la somma di L. 120.000 affinchè sia devoluta ad opere di beneficenza nella città di Roma.

Il Governatore, su proposta del delegato per l'Assistenza Sociale, ha stabilito, in conformità della volontà espressa dal predetto Istituto Bancario, la erogazione della oblazione a favore di numerose istituzioni cittadine che svolgono provvida opera assistenziale.

Classificazione idrologica italiana.

In conformità al mandato avuto dai recenti Congressi Nazionali Idrologici e col benevolo interessamento della Direzione Generale di Sanità la Commissione per la classificazione delle acque minerali si è riunita il 21 maggio, A. VIII, in una sala gentilmente concessa dalla Direzione Generale suddetta, addivenendo ad una classificazione che comprende tutte le acque minerali italiane da bibita e da bagno.

La Commissione, composta da: sen. prof. Nasini, proff. Marfori, Piccinini, Sica, Marotta, ha formulate altresì alcune proposte di aggiunte al Regolamento riguardante le acque minerali, per renderlo più completamente conforme alle odierne esigenze scientifiche ed ai desiderata della classe medica.

Mostra del libro medico italiano.

Una prima Mostra del Libro Medico Italiano è stata attuata a Roma dal dott. Bardi in locali della Libreria di Scienze e Lettere, che ha la sede principale in Piazza Madama, di fronte al Palazzo del Senato.

La Mostra, adorna di ritratti di illustri medici italiani, di disegni anatomici, ecc., comprende anche un buon numero di periodici ed è già stata visitata da insigni cultori di scienza e dai principali direttori di Istituti e di Cliniche di Roma, ecc.

La Commissione per il Libro Medico Italiano, riunitasi in Roma per discutere sullo sviluppo ulteriore da darsi al concorso « Libro Medico Italiano » bandito dalla « Rivista di Terapia Moderna » di Milano, ha preso atto con compiacimento di questa iniziativa del dott. Bardi e ne ha incoraggiato altre che, in Roma e nelle principali città d'Italia, abbiano lo scopo di far conoscere e sempre meglio valorizzare la produzione scientifica italiana e il libro medico, specialmente didattico, che deve essere affrancato dalle invadenze e dalle influenze straniere.

La festa della Sanità militare.

La festa del Corpo della Sanità militare è stata solennizzata il 5 giugno, in tutta Italia con cerimonie austere. Vi ha partecipato la Croce Rossa Italiana.

In onore di Pavlov.

L'Accademia delle Scienze dell'U.R.S.S., l'Istituto di Medicina Sperimentale di Pietroburgo e molte altre istituzioni scientifiche hanno celebrato recentemente l'80° compleanno del fisiologo M. Y. Pavlov, che ha al suo attivo un'immensa opera originale: è autore della dottrina dei riflessi condizionali, scopritore della secrezione gastrica « psichica », ecc. Ha compiuto ora 55 anni di carriera scientifica. Nel 1904 ricevette il premio Nobel.

Malgrado l'età avanzata, di recente ha compiuto un viaggio nel Nord-America ed ha fatto delle comunicazioni al Congresso di fisiologia di Boston ed a quello di psicologia di New York.

Il Consiglio dei Commissari del Popolo della Russia gli ha assicurato le condizioni più favorevoli per le sue ricerche, malgrado le opinioni politiche avverse al bolscevismo da lui manifestate.

In memoria del prof. Pellizzari.

Il 10 aprile, ricorrendo la fondazione dell'Istituto Fotoradioterapico della R. Università di Firenze, fu ivi inaugurata una targa in bronzo alla memoria del fondatore, prof. Celso Pellizzari.

Alla cerimonia intervennero S. E. l'on. Morelli, sottosegretario alla Giustizia, numerosi professori universitari, autorità pubbliche e cittadine, moltissimi studenti e amici ed estimatori dell'illustre professore; alla cerimonia presenziavano i congiunti del compianto Maestro. Parlarono il Rettore dell'Università prof. Burci e l'attuale direttore dell'Istituto prof. Cappelli, esaltando l'opera del prof. Pellizzari e mettendo in valore l'azione svolta dalla Fotoradioterapia, specialmente nella lotta contro la tubercolosi cutanea.

Omaggio a Semmelweis.

La Società Medica di Berlino ha deciso di dotare l'Ospedale Langenbeck-Virchow di un grande ritratto di Semmelweis, il grande medico ungherese, il quale per primo riconobbe la causa delle febbri puerperali e, prima ancora di Lister, mise in opera delle misure asettiche razionali, andando però incontro ad una serie di gravi persecuzioni.

Un chirurgo condannato.

Il dott. Ernest Nitzsche di Norimberga nell'eseguire un intervento operativo addominale su di una giovane donna — una venditrice ambulante — stimò bene di asportare anche l'appendice. Quando l'operata venne a saperlo, protestò, perchè non era stata preavvisata, e finì per intentare un'azione giudiziaria innanzi all'« Amtszericht ».

Un perito d'ufficio dichiarò che l'appendicectomia era indicata ma non indispensabile. In seguito a questo responso, e malgrado l'operazione fosse pienamente riuscita, il Tribunale ha condannato il dott. Nitzsche a 20 giorni di prigione, ovvero ad un'ammenda di circa 5000 lire it.; naturalmente il Nitzsche ha preferito l'ammenda.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Hans Lupini, direttore del Sanatorio di Wildbad-Hinöd, nella Stiria, stava applicando a se stesso una corrente diatermica, quando volle fermare un rubinetto mal chiuso; poichè la conduttura dell'acqua costituisce un'ottima « terra », egli venne attraversato dalla corrente ad alta frequenza e fulminato: i suoi assistenti, giunti sul posto poco dopo, non poterono che constatarne la morte.

Manicomio in fiamme.

Un incendio che ha avuto fasi drammaticissime per il luogo ove è avvenuto, si è manifestato nel manicomio statale di Nuova York, nel quale sono ricoverati seimila pazzi. Il fuoco è scoppiato nel dormitorio dei guardiani; ma le fiamme essendosi subito innalzate dall'edificio in modo pauroso, hanno suscitato il panico fra un centinaio di alienati, fra cui molti pericolosi, ospitati in un padiglione vicino. Sono subito accorsi medici e infermieri, che han dovuto faticare molto per ricondurre in una relativa calma gli infelici, cui la vista del fuoco aveva gettato in allarmi. I pompieri si sono prodigati per parecchie ore, e dieci di essi sono rimasti feriti prima di riuscire a domare l'incendio. Questo ha recato danni per oltre 250.000 dollari.

Il 16 maggio decedeva a Pavia per aneurisma, durante gli esami, il prof. LUIGI SALA, direttore di quell'Istituto di anatomia umana normale. Era nato nel 1863.

Immaturamente è morta a Milano ELISA MAJER RIZZIOLI, infermiera di guerra, legionaria, scrittrice, operosa di bene.

Era decorata della medaglia d'argento della Sanità pubblica, della medaglia d'argento della Croce Rossa e della medaglia di bronzo al valor militare.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Medicina de los País. Cál., gen. — S. Parodi. Rinosporidiosi nel Sud-America. — J. M. D. Galán. Epidemia di trichinosi.

Wien. Arch. inn. Med., 10 ott. Volume in onore di K. F. Wenckebach. — D. Adlersberg. Riflesso di vuotam. della cistifellea nelle malattie cerebr. — S. Bondi. Toni cardiaci musicali. — W. Falta. Diabete renale e insulare. — K. Hitzenberger e F. Tuckfeld. La massa di sangue circolante nelle malattie della circolaz. compensate e scompensate. — F. Kisch. Ipotonia arteriosa. — N. Meyerstein. Sensibilità alla luce dei corpuscoli sang. — E. Neubauer. Aumento di secrezione e di emissione della bile. — O. Porges e D. Adlexsberg. Aumento d'irritabilità del sistema neuro-muscolare nel periodo pre-mestruale. — R. Singer. Trombosi coronaria. — E. Zdansky. Stasi polmonare d'origine cardiale.

Id., 25 ott. — E. Silberstein e N. Pechterewa. La reazione linfatica. — L. Böhmig. Determinazione dei peptidi per la diagnosi delle malattie epatiche. — V. Weiss e L. Hollós. Comparazione di prove funzionali del fegato. — J. A. Collaro e al. Ipervitaminosi. — G. Spengler. La malattia di Bang nell'uomo.

Presse Méd., 8 feb. — J. Auclair. Cause della cronicità della tbc. polm. — A. Raiga. Trattam. delle mastiti acute con batteriofago.

Journ. d. Prat., 8 feb. — G. Laroche. Trattamento dell'ipercolesterinemia.

Ann. de Méd., gen. — R.-J. Weissenbach e al. Meningite e meningo-encefalite parotitiche primitive. — P. Savy e H. Thiers. Meningo-nefriti. — J. Pavel. Segno di Chvostek.

Ergebnisse ges. Med., 1. — E. Kylin. Ipertonia arteriosa essenziale. — I. A. Goljanitzki. Secrezione interna delle gland. salivari. — W. Storm. Trattam. delle malattie allergiche. — E. Koch. Riflessi vascolari.

Id., 2. — E. Frank e A. Wagner. Trattam. sintalinico del diabete. — K. Freudenberg. La durata della vita dal punto di vista igienico. — P. Schmidt e al. Avvelenamento da piombo.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., gen. — A. Nanta. Micosi spleniche. — E. Geraudel. Il segno della contraz. auricolare satellite sulla sindrome di Adams-Stokes.

Revue de Chir., 8. — M. Costantini e E. Curtillet. Lo scalp plantare.

Riv. di Malariologia, nov.-dic. — P. Sepulcri e E. Scrinzi. Anofelismo nel Veneto. — G. Di Mattei. Dermatite da verde di Parigi. — E. Liverani. Emoglobinuria da chinino nei malarici.

Surg., Gyn. a. Obst., gen. — Resoconto del Congresso del Collegio Americano dei Chirurgi.

Bull. Ac. de Méd., 4 feb. — J. Auclair. Immunità e meccanismo della vaccinaz. contro la tbc.

Diagnostica e Tecnica di Laborat., gen. — L. Cattaneo. Arricchimento del virus vaccinico. — A. Lustig. Analogie fra l'agente della febbre ondulante e quello dell'aborto epizootico.

Pensiero Med., 31 gen. — B. Rossi. Risultati della resezione dello stomaco per ulcera gastr. e duoden.

Radiol. Med., feb. — Q. Vischia. Fisioterapia dell'angina pectoris. — C. Semenza. Fistole digiuno-coliche.

Arch. Ital. di Chir., 3. — A. Vecchi. Linite plastica e carcinoma. — L. Lazzarini. Appendicite cronica.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

ANNO XXXVII — Roma, 23 Giugno 1930 — Num. 25

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTA SINTETICA

La questione dell'" encefalite postvaccinale "

per il dott. MARIO FABERI

degli Ospedali Riuniti

e della R. Clinica Pediatrica di Roma.

Si tratta di un problema all'ordine del giorno, che appassiona gli studiosi dei vari paesi, senza aver tuttavia trovato ancora la giusta soluzione.

I dati etiologici e clinici della speciale forma morbosa sono abbastanza netti e costanti; l'interpetrazione patogenetica, invece, è tuttora in discussione, ed in ognuna delle teorie esposte si trova qualcosa di vero.

Potrebbe infatti sembrar strano il leggere le conclusioni di due lavori recentissimi, pubblicati da autori che s'interessano da molto tempo dell'argomento.

Dice il Lucksch nell'agosto 1929: « Der Ring ist Geschlossen », intendendo come definitivamente dimostrata la natura vaccinale dell'encefalite; scrive invece il Pette, nel settembre dello stesso anno: « Für die postvakzinale Enzephalitis kann heute als erwiesen gelten, dass das Vakzinevirus der Erreger nicht ist », cioè: si può oggi ritenere che il virus vaccinico non è l'agente dell'encefalite postvaccinale.

Dall'esposizione che andremo facendo in seguito, si vedrà precisamente come esistano dei fatti i quali possono suffragare l'una e l'altra opinione.

Diremo intanto come i casi della malattia seguitino ad essere continuamente riferiti, tanto da costituire, per certi paesi, delle statistiche tutt'altro che indifferenti.

Eckstein, per esempio, nel 1929 ne ha raccolti 89, pubblicati come avvenuti in Germania, e con mortalità del 34,8:100. In Svezia, durante il 1927 e 1928 e nei primi mesi del 1929 ne sono stati riportati 51 casi con 22 morti.

Le statistiche dell'epidemia inglese parlano di 93 casi dal 1922 al 1928, con mortalità del 58 %; e quelle Olandesi di 150 casi dal 1924 al 1928, con mortalità del 30 %.

A Vienna, dal 1925 al 1929, ne sono stati raccolti 26 casi. Cifre, dunque, rispettabilissime, anche per il numero dei decessi verificatisi.

Desta però subito interesse il fatto che in alcuni paesi la malattia non è stata segnalata

affatto, come per esempio in Spagna, ove viene usata una speciale linfa vaccinica, di cui dovremo parlare espressamente in seguito.

In Italia, poi, i casi descritti sono rarissimi, e ad esito nettamente favorevole (Cattaneo, Fornara, Gaidano, Russi, Allaria, Faberi, Muggia, Fiore, Benvenuti).

La storia dell'encefalite postvaccinale è abbastanza breve. Furono infatti H. Turnbull e F. Mc.Intosh ad osservarne i primi casi nel 1912 in Inghilterra, e il loro studio fu corredato da ricerche anatomo-patologiche. Quasi in pari tempo si presentavano altri casi in Olanda, studiati da F. V. Bowdyk v. Bastiaanse dal punto di vista clinico e istologico; finchè nel 1920 Lucksch, con un lavoro clinico e sperimentale poderoso attirava l'attenzione degli studiosi sull'argomento, seguito subito da Therburgh, Bijl, Levaditi e Nicolau, Stoos e Carrière, Blanc e Caminopetros, Kraus, ed altri, i quali completavano le ricerche, emettendo le loro vedute in proposito.

Sfogliando la letteratura più recente, troviamo una serie di altri casi, studiati accuratamente, e rappresentanti ognuno un'altra pietra offerta per innalzare l'edificio di questa nuova entità morbosa.

Citeremo, per chi avesse desiderio di consultare questi lavori di data più vicina, i seguenti autori, rinviando alla parte bibliografica, per le indicazioni più precise: Priesel, Walenta, Mader, Huber, Fulgham, Hekmann, Baron, Paisseau e Scherrer, Russel e Oddie, Horder, Taylor, Dévé, Benvenuti, Fracassi e Recalde Cuestas, Allaria, Muggia, Flexner, Bienenstein, Priesel e Wagner.

Il periodo di comparsa della manifestazione nervosa, dopo l'avvenuta vaccinazione, è intorno al 10°-12° giorno, e nella grandissima maggioranza dei casi sono colpiti i soggetti al disopra dell'anno di età, ed i primo-vaccinati.

Ecco, a tal proposito, una parte delle conclusioni contenute nel « Bulletin d'Office International d'hygiène publique » (décembre 1929, pag. 2052) a proposito dell'inchiesta svolta nella Svezia: « Il periodo di comparsa dell'encefalite postvaccinale concorda con le osservazioni in altre regioni, e cioè con massima incidenza all'11° giorno. Su 51 casi, 46, con 17 morti, sopravvennero dopo la 1ª vaccinazione; 8 casi, con 4 morti, avvennero in bambini al disotto di 1 anno; e 18, con 5 morti, tra 1 e 2 anni. Cinque casi solamente sopravvennero in rivaccinati di età da 12 a 1[illegible] anni, e morirono tutti; ma in 2 di questi non fu possibile rintracciare segno alcuno della 1ª vaccinazione, e in 3 altri casi non si trattò, assai probabilmente, della malattia in questione. La maggior parte dei casi si ebbe poi nei mesi di maggio, giugno e ottobre, e non si notò speciale tendenza a raggrupparsi per distretti ».

Dalle statistiche Olandesi e Inglesi desumiamo i seguenti dati:

1° Periodo tra vaccinazione e comparsa dei sintomi nervosi:

Giorni	Stat. Olandese:	Stat. Inglese:
2	0	2
4	0	2
5	1	0
7	3	4
8	4	1
9	6	2
10	19	11
11	30	23
12	30	23
13	12	12
14	6	2
15	2	1
16	1	0
17	3	1
18	2	1
19-34	4	3

2° Età, e casi di encefalite postvaccinale:

Olanda		Inghilterra	
Età	Casi	Età	Casi
0-1	1	0-1	9
1-2	1	1	3
2-3	7	2	0
3-4	34	3	1
4-5	27	4	1
5-6	37	5	1
6-7	15	6	5
7...	1	7	11
		8	12
		9	5
		10	6
		11	6
		12	8
		13	5
		14	3
		15	4
		oltre 15	14

Il decorso clinico della malattia è in genere rapido, e, se non sopravviene la morte, la guarigione si ha in una o due settimane.

I sintomi nervosi raramente si stabiliscono a gradi; per lo più, invece, l'insorgenza è brusca, con cefalea, vomito e febbre. Sopravviene poi la perdita di coscienza ed i fatti paralitici. Nei casi iperacuti la temperatura raggiunge gradi notevolissimi, e in due o tre giorni si ha la morte. I fenomeni paralitici colpiscono una o più membra, accompagnandosi talora a manifestazioni di irritazione meningea. I nervi cranici sono colpiti più di rado. I riflessi, in genere, sono aboliti, mentre il segno di Babinsky si ritrova con una discreta frequenza. A seconda dell'alterazione della vescica e del retto si può avere ritenzione o incontinenza.

Il predominare di un sintoma o dell'altro ha permesso di distinguere vari quadri patologici.

In un primo gruppo di casi, infatti, appaiono colpite le sole meningi, ed allora tutta la

malattia decorre con l'aspetto di una meningite sierosa, manifestantesi con: vomito, cefalea intensa, incoscienza, febbre, opistotono, rigidità nucale, avvallamento delle pareti addominali, ecc. Il liquor fuoriesce a pressione aumentata, limpido, e vi si può constatare modico aumento dell'albumina e delle cellule. Se ne trovano descrizioni da parte di: Finkelstein, Stoos, Stiner, Warschauer, Leiner, Oëstreicher.

In un secondo gruppo rientrano casi più numerosi, nei quali appare netta la partecipazione del cervello, dei suoi annessi e del midollo al processo. Anche qui si ritrovano fondamentalmente gli stessi sintomi generali: cefalea, vomito, convulsioni, cui si aggiungono la sonnolenza, per lo più accentuata, e le paresi.

Ma, a seconda della presenza o meno di altri speciali sintomi, possono venir distinti vari sottogruppi.

Nei 34 casi di Bastíaanse, infatti, e in alcuni di Lucksch, Fieder, Turnbull e Mc.Intosh, si ebbe costantemente: sonnolenza, vomito, fatti paralitici, talora con positività del segno di Babinsky, ma sempre con assenza di paralisi a carico dei nervi oculari.

In altri casi, invece (Lucksch, ecc.), predominarono accanto alle manifestazioni cerebrali sintomi tetaniformi (trisma, opistotono, contrazioni muscolari delle estremità), tanto da giustificare talora la somministrazione di siero antitetanico.

In altri ancora furono compromessi i nervi oculari, sì che si poteva mettere in discussione la possibilità dell'encefalite letargica (Lucksch, Russell, Turnbull e Mc.Intosh ecc.).

Ai sintomi cerebrali, finalmente, si aggiunsero talora anche quelli midollari, simulando un processo poliomielitico (Turnbull e Mc.Intosh, Leiner, ecc.).

Il liquor, in questi ultimi casi, presentò aumento dell'albumina e dello zucchero, mantenendosi, negli altri, pressochè normale.

In un terzo gruppo si devono citare casi in cui le manifestazioni morbose furono a carico del solo midollo (Thaning, Turnbull e Mc.Intosh, Leiner ecc.).

L'ultimo gruppo, infine, riunisce dei casi più rari, in cui si sarebbero avuti sintomi a carico dei nervi periferici: nevrite ottica (Stoos), nevrite dell'ulnare (Leiner), herpes zoster (Baumgartner e Frommel), tanto che, anzi, fin dal 1922 il Dumont aveva discusso delle possibili connessioni morbose tra vaccinazione ed herpes zoster.

L'anatomia patologica dell'encefalite postvaccinale è ben conosciuta perchè i numerosi casi mortali hanno permesso di eseguire frequenti autopsie.

I primi lavori in tal campo furono fatti da Lucksch, Turnbull e Mc.Intosh, Bastiaanse.

In complesso si può dire che le alterazioni macroscopiche della malattia non hanno altro di caratteristico all'infuori dell'aspetto conosciuto della flogosi non purulenta: iperemia ed edema delle leptomeningi, del cervello e del midollo, con rare suffusioni emorragiche. Talora, poi, il reperto fu del tutto normale.

Microscopicamente, invece, il carattere delle lesioni, pur essendo quello stesso delle flogosi non purulente, è più netto e più variato. Si ritrovano cioè infiltrazioni mesenchimali delle pareti vasali, ed aumento delle fibre e delle cellule gliari nelle vicinanze di tali vasi, tanto nella sostanza grigia che in quella bianca. Nella sostanza grigia, inoltre, si mettono in evidenza ammassi di cellule gliari in mezzo al tessuto sano, e notevole quantità di leucociti, sia negli infiltrati delle pareti vasali, sia negli ammassi di cellule gliari perivascolari.

Delle zone sono colpite a preferenza di altre, e, propriamente, nella sostanza grigia in special modo la *substantia nigra* e il ponte, talora il midollo lombare, e nella sostanza bianca i campi midollari subcorticali.

Molto limitate sono le degenerazioni e la scomparsa delle cellule ganglionari, e rarissimi i fatti di neuronofagia. In casi singoli si rilevarono campi di rammollimento, specie midollare.

Da quanto precede, si può subito dedurre come l'anatomia patologica di questa speciale forma morbosa sembrerebbe già rappresentare un carattere importante per la sua differenziazione con l'encefalite letargica. In questa seconda malattia, infatti, le lesioni hanno il carattere fondamentale di una polioencefalite, e vi si trova l'infiltrazione linfocitaria (plasmocitaria), diffusa anche ai tessuti ectodermici, mentre i leucociti nelle infiltrazioni perivascolari si ritrovano solo nei casi rapidamente mortali, costituendo invece un reperto costante nella forma postvaccinale. In questa poi, come si è visto, i nuclei dei muscoli oculari sono per lo più risparmiati, mentre nell'encefalite epidemica vengono colpiti quasi di regola.

H. Turnbull, a complemento del suo primo lavoro, ha recentemente descritto il reperto istologico del suo 8° caso di encefalite vaccinale, constatata in un bambino di 13 mesi, ammalatosi 10 giorni dopo la vaccinazione, e morto dopo 25. In sostanza viene riconfermato il vecchio reperto, consistente in un quadro essenzialmente diverso da quello dell'encefalite epidemica e della poliomielite, e più simile, invece, a quello dell'encefalite disseminata (Westphal), della sclerosi disseminata, e dell'encefalite periassiale (Schilder).

Ricorderemo, a questo punto, un lavoro recentissimo di A. Troup ed E. W. Hurst, i quali, riferendo un caso di encefalomielite disseminata insorta in un adulto affetto da vaiuolo, e ad esito letale, dichiarano essere stato il loro reperto anatomopatologico identico a quello riscontrato nell'encefalomielite secondaria alla vaccinazione.

È dunque logico, per quanto precede, che vi siano autori i quali si dichiarino fautori del-

l'origine vaccinale delle sindromi nervose insorgenti dopo la vaccinazione, e tra questi già abbiamo ricordato il Lucksch.

Il Netter, altro sostenitore di tale ipotesi, ha recentemente esposto le sue osservazioni sull'epidemia di vaiuolo modificato, chiamato « alastrim », insorta alla fine del luglio 1929 a Rotterdam. Si ebbero 597 casi, con 15 morti. In tale occasione è stata ripresa in tale città la vaccinazione antivaiuolosa, e con questa è riapparsa l'encefalite postvaccinale, con 59 casi, dei quali 15 mortali, quanti cioè se ne verificarono per l'epidemia che si voleva combattere. Gli argomenti fondamentali riportati dall'A. per sostenere la propria tesi sono i seguenti: 1) dimostrazione della presenza di antivirus vaccinale nel cervello di due malati (Bijl e Frenkel); 2) buoni resultati della cura con siero prelevato dai genitori vaccinati in pari tempo; 3) rarità molto più grande dell'encefalite nei soggetti rivaccinati.

La maggior frequenza dell'encefalite postvaccinale sembrerebbe da mettersi in rapporto, secondo il Netter, alla pratica di rinforzo dell'attività del vaccino della giovenca e del passaggio nel coniglio.

Bijl e Frenkel hanno eseguito ricerche nei conigli, usando un neurovaccino, per il fatto che le statistiche olandesi avrebbero dimostrato l'aumento del pericolo di encefaliti postvaccinali per l'uso appunto di neurovaccino.

Gli AA. hanno dimostrato che dopo l'inoculazione cutanea possono presentarsi focolai miliarici in vari organi, tanto ectodermici che mesodermici, e in parecchi di tali organi, come pure nei focolai miliarici, nel sangue e nel cervello dissanguato, si potè dimostrare la presenza di vaccino. I focolai sarebbero quindi di natura specifica, e ne fu osservata la formazione anche dopo l'uso del neurovaccino di Gallardo. Appare dunque la possibilità che, in analogia alla formazione di tali focolai, anche il processo encefalitico venga provocato dal virus vaccinico.

Il cervello di un bambino morto di encefalite postvaccinica dimostrò di possedere proprietà virulicide verso il virus vaccinico. « Ciò indica » dicono gli AA., « unitamente al fatto che in simili cervelli può essere dimostrato il virus vaccinico, che i bambini muoiono al momento in cui il cervello acquista proprietà virulicide; e tale virulicidità fa comprendere come nei cervelli di encefalitici quasi mai fu dimostrato il virus vaccinico ».

Degli autori Italiani, che si sono occupati dell'argomento, il Benvenuti è d'opinione che non si possa escludere la possibilità che, almeno in qualche caso, si tratti proprio di una localizzazione cerebrale primaria del virus vaccinico.

La ricerca del virus nel sangue e nel liquor dei bambini di recente vaccinati e in quelli ammalatisi di encefalite postvaccinale è riuscita positiva a vari autori, ed anche questo costituisce argomento in favore dei sostenitori dell'origine vaccinica dell'affezione.

Huber e Gildemeister l'hanno rinvenuto 2 volte, Eckstein, Herzberg-Kremmer ed Herzberg più volte nel sangue di vaccinati, specialmente tra il 6° e 8° giorno, e 1 volta nel liquor di un malato. Heckstein, anzi, a tal proposito, ritiene logico di pensare che il virus possa nel vaccinato oltrepassare la barriera ematica e del liquor, sia per la virulenza della linfa, sia per la massività dell'infezione, sia per l'eccessiva permeabilità della barriera suddetta, sia infine per le speciali disposizioni reattive allergiche dell'organismo, nel senso di V. Pirquet.

Vi è poi tutta una serie di autori i quali sostengono l'origine vaccinale dell'encefalite, ma non nel senso di una infezione cerebrale, bensì di una formazione di anticorpi, provocanti lo scoppio della sindrome morbosa. Priesel, ad esempio, prendendo lo spunto da un altro caso venuto alla sua osservazione, si riporta subito alla possibilità di complicazioni nervose durante il decorso dell'infezione vaiuolosa, messe recentemente bene in luce dal Glanzmann, sulla scorta di numerosa casistica (Curshmann, Aldrik, Kliemberger, Mairinger ecc.), e considera poi la vaccinazione come una malattia infettiva in miniatura, nella quale gli anticorpi del vaccino esplicherebbero un'azione duplice. Mentre cioè si avrebbe da un lato la distruzione del virus per opera dei leucociti, con digestione dei prodotti del ricambio, si formerebbero d'altro canto dei prodotti di scissione, capaci di provocare la flogosi dei tessuti circostanti e la reazione febbrile generale (Pirquet).

È per questo che sul punto inoculato si forma l'area vaccinale. Ora si sa che all'8°-12° giorno dalla vaccinazione può aversi il cosidetto « vaccino generalizzato », un'eruzione vaccinale cioè ematogena, da interpetrarsi come una diffusione del virus, appunto per via del sangue. Naturalmente le nuove colonie depositatesi sottocute vengono poi combattute e annientate dagli anticorpi che si formano per l'occasione.

Se dunque il virus vaccinale può essere portato in circolo per tutto l'organismo, non sarebbe illogico pensare che, in qualche caso, giunto nel sistema nervoso centrale, reagisca qui a contatto degli anticorpi coi quali s'incontra, e che, formandosi allora una quantità più o meno notevole di apotossine, possano aversi le manifestazioni meningo-encefalo-mielitiche.

Tale ipotesi spiegherebbe il perchè dell'insorgenza di tali manifestazioni tra il 10° e il 14° giorno dalla vaccinazione, nello stesso periodo cioè in cui si manifesta il vaccino generalizzato (Leiner).

A tal proposito ricorderemo una recente osservazione di Paisseau e Scherrer, i quali assistettero, in un bambino di 5 mesi, all'8°

giorno dalla vaccinazione, alla comparsa dei sintomi di una encefalite mortale, con sonnolenza, segno del facciale, cianosi delle estremità, mentre in pari tempo si presentava un vaccino generalizzato.

L'ipotesi del Priesel spiegherebbe anche il decorso talora rapido, con scomparsa pure rapida dei sintomi apparentemente gravi.

Nei bambini piccoli le manifestazioni del genere sarebbero eccezionali per lo scarso sviluppo del cervello a tale età. Come pure si potrebbe pensare ad una disposizione individuale del sistema nervoso centrale verso questa malattia, spiegabile col concetto dell'« allergia dell'età » recentemente sostenuto dal compianto V. Pirquet.

Secondo Glauzmann avrebbero valore gli stati anafilattici locali nel sistema nervoso centrale. È però difficile pensare ad un processo anafilattico, quando si sa che nel nostro caso si tratta di un'unica introduzione di antigene.

Più importante è, in tale senso, l'osservazione di Stern, di un bambino ammalatosi di encefalite epidemica nell'aprile 1924, della quale guarì senza postumi, e morto nel maggio 1927 in seguito a manifestazioni encefalitiche postvaccinali. Nel cervello si trovarono alterazioni in parte riferibili all'encefalite pregressa, e in parte alla malattia ultima, senza però i tipici infiltrati gliari.

L'A. interpetra tale caso nel senso che siasi trattato o di una ipersensibilità anafilattica di un cervello flogisticamente malato verso sostanze giunte nel cervello stesso dopo la vaccinazione, oppure di riattivazione di un virus restato nell'organismo. Ritiene quindi che non sia del tutto escluso che in qualche caso possa trattarsi di virus encefalitico, e propriamente di quello della encefalite epidemica, e in altri casi di un altro virus riattivato dalla vaccinazione, e dello stesso tipo forse di quello che provoca l'encefalite disseminata.

I fautori più convinti dell'etiologia da virus dell'encefalite epidemica e dell'encefalite postvaccinale sono Levaditi e Nicolau. Tali autori hanno infirmato anche il reperto anatomopatologico presentato come caratteristico della malattia, dimostrando che è possibile provocare una nevrassite vaccinale nelle scimmie con l'inoculazione del neurovaccino direttamente nell'encefalo. L'esame anatomo-patologico su tali animali mise in evidenza che la malattia così provocata consiste in una meningite acuta emorragica ed infiammatoria, che interessa la pia madre, oltre ad un focolaio vaccinico locale (pustola cerebrale), senza interessamento del parenchima nervoso, nè dei vasi dei diversi altri segmenti del sistema nervoso centrale.

Il Levaditi ha infirmato anche i resultati di Turnbull e Mc.Intosh, i quali dichiararono di aver visto soccombere, col quadro dell'encefalite postvaccinale, alcuni animali cui era stato inoculato materiale proveniente da individui che soffrirono di complicanze nervose postvaccinali, previo arricchimento col metodo di Ohtawara (iniezione nel testicolo). Secondo il Levaditi ciò non sarebbe probativo, in quanto è risaputo che qualsiasi neurovaccino, da 8 a 10 giorni dopo l'inoculazione sottocutanea, può apparire in piccola quantità nel nevrasse stesso, senza tuttavia determinare di necessità delle lesioni encefalitiche mortali.

Sempre secondo lo stesso autore, poi, le osservazioni di Lucksch, per le quali i conigli inoculati col vaccino jenneriano alla cornea morrebbero per encefalite acuta determinata dal virus vaccinico, sarebbero state smentite dalle ricerche successive, istituite da lui e da altri, specie da Walthard.

Ma oltre che su questi fatti d'indole sperimentale, la critica del Levaditi si basa anche su altri d'indole pratica.

In Spagna, infatti, Gallardo, Gonzalés e collaboratori hanno vaccinato migliaia di bambini usando un neurovaccino, un vaccino cioè coltivato nel cervello del coniglio, in modo da ottenere un virus privo di qualsiasi germe associato. Gonzalés ha vaccinato a Barcellona in tal modo più di 1200 soggetti, che, uniti a quelli vaccinati da Gallardo, dànno un totale di 20.365 vaccinazioni con neurovaccino, raggiungendo poi nel novembre 1926 per tutta la Spagna, sempre con lo stesso vaccino, fornito dall'Istituto Alfonso XIII, la cifra di 2.500.000, con positività altissima.

Ebbene, nonostante le sue qualità neurotropiche, la vaccinazione eseguita con tale vaccino non si è mai complicata con encefalite.

Resterebbe a spiegare perchè in Olanda, usando lo stesso neurovaccino in 40.000 soggetti, si sono lamentati 11 casi di encefalite.

Il Levaditi e il Nicolau, riportandosi anche a loro precedenti studi, secondo i quali una infezione provocata da ultravirus neurotropi (neurovaccino, encefalite, rabbia, herpes) determinerebbe la comparsa di un processo morboso dovuto ad altro virus preesistente nell'organismo ritengono che l'inoculazione del vaccino jenneriano sarebbe capace di provocare lo scoppio di una sindrome nervosa solo a patto che il soggetto albergasse già un altro virus, allo stato latente, il quale non sarebbe, con grande probabilità, altro che quello dell'encefalite letargica.

Questo possibile rapporto tra encefalite epidemica ed encefalite postvaccinale è sostenuto anche da altri, basandosi su osservazioni probative, quali ad esempio quella di Terburgh, il quale notò contemporaneamente, in una comunità, tre casi di encefalite in bambini, dei quali due solamente erano stati vaccinati in quel periodo.

Accettando una tale ipotesi, dovremmo tuttavia ammettere, cosa abbastanza inverosimile, che nella Spagna, per lunghi periodi di anni, non si sia verificato un solo caso di encefalite

letargica. Esistono inoltre altre osservazioni tendenti a toglierle valore, quale ad esempio quella recente del Mader, che, riportando sei casi di encefalite postvaccinale in bambini, vaccinati per la prima volta, mette in rilievo, con dati epidemiologici, la nessuna contemporanea correlazione tra questi casi e l'encefalite epidemica.

Il Keller insistè anche sulla negatività delle prove costituite sugli animali, tendenti a dimostrare che il virus dell'encefalite epidemica può essere la causa della malattia postvaccinale.

Kraus e Takaki hanno cercato poi di dimostrare la nessuna affinità tra le due forme morbose, per mezzo della deviazione del complemento, sebbene tale complicata prova non abbia eccessivo valore riguardo allo studio dei vaccini.

Ricorderemo infine che una differenza fondamentale tra le due malattie è costituita dai reperti anatomici, nei casi mortali, dall'assenza di contagiosità da parte dell'encefalite postvaccinale, e dalla mancanza quasi assoluta di postumi morbosi nei casi di questa malattia venuti a guarigione.

Numerosa è la schiera degli autori i quali, negando la specificità del virus vaccinico nella determinazione dell'encefalite postvaccinale, ma non annettendo contemporaneamente importanza assoluta a quello dell'encefalite letargica, sostengono tuttavia trattarsi di forma morbosa dovuta ad un virus d'altra natura.

Il Demme, ad esempio, riprendendo lo studio sperimentale del neurotropismo vaccinico, vaccinato un numero notevole di conigli perifericamente (sottocute, sulla cornea, nei testicoli e nello sciatico) e in parte cerebralmente, trovò che i primi, uccisi a distanza varia di tempo, non mostrarono alterazioni istologiche notevoli nel sistema nervoso centrale, sebbene fosse possibile, in un certo numero di casi, dimostrare biologicamente la presenza del virus ed una pleiocitosi del liquor; nei secondi, invece, si rinvennero i cosidetti manicotti perivascolari già descritti dal Levaditi, alterazioni non specifiche, e limitate alle meningi e agli spazi perivascolari. Fu poi possibile escludere una diffusione del vaccino per via nervosa, essendo stati eguali i resultati ottenuti dopo il bloccaggio dei nervi, e per essersi osservato un vaccino generalizzato dopo l'introduzione diretta nel nervo e prima che si fossero prodotte alterazioni di qualsiasi entità nel sistema nervoso centrale.

Il vaccino quindi, secondo questo autore, sarebbe da considerarsi come una infezione generale; mentre l'encefalite postvaccinale non dovrebbe essere ritenuta altro che una reazione del sistema nervoso centrale ad un secondo virus, attivatosi in occasione della vaccinazione e delle mutazioni immunitarie e biologiche determinate da questa.

A tali conclusioni si associa il Pette, secondo il quale questo virus potrebbe essere anche quello stesso che provoca i casi, da qualche tempo frequenti, di encefalomielite acuta disseminata degli adulti, o, comunque, un agente dell'ordine dei virus ultra-visibili, come lo riprova anche il quadro istologico.

L. Nicoli ottenne la morte degli animali da laboratorio, con manifestazioni nervose, inoculando la linfa vaccinica per via subdurale, intracerebrale e intracarotidea. La ricerca istopatologica dimostrò una pachi-lepto-meningite, con infiltrati perivascolari, che si spingono verso i centri nervosi e provocano l'accrescimento della glia. L'A. mette in evidenza il fatto che reperti analoghi si ebbero in animali morti con sintomatologia nervosa, dopo infezione erpetica.

Nomineremo, tra i partigiani di un virus neurotropo non ancora identificato: Keller e Schaefer, Wiersma, Kling Lönberg e Wassén, Reisch.

L'osservazione di Reisch è interessante e riguarda 8 casi di malattia nervosa insorta durante la vaccinazione di 233 bambini in un distretto austriaco, tutti dell'età da 5 a 10 anni. Il sintoma caratteristico consistette in clonie, limitate quasi unicamente ai muscoli del tronco. In due casi si ebbe esito letate e si trovò nel cervello il quadro caratteristico dell'encefalite postvaccinale. In pari tempo, però, clonie simili furono riscontrate in altrettanti bambini che non erano stati vaccinati affatto.

Secondo l'A., quindi, la vaccinazione non rappresenterebbe che una coincidenza, e la malattia non sarebbe stata che una manifestazione nervosa a tipo epidemico, da virus neurotropo.

Certamente, le clonie sono un dato molto suggestivo per poter pensare che, nei casi suddetti, siasi trattato di epidemia di encefalite epidemica. Resta però il fatto del reperto caratteristico di lesioni nervose di tipo diverso da quello offerto da quest'ultima malattia.

G. Fiore, in un lavoro critico assai recente, è più esplicito e, analizzando anche dei casi propri, afferma che clinicamente tutti i casi sino ad ora descritti di encefalite postvaccinale rispondono a tre specie morbose: l'encefalite epidemica, la paralisi infantile epidemica, e la comune encefalite infantile. In Olanda e in Inghilterra prevarrebbe, secondo tale A., il tipo primo, in Italia il secondo.

Non si sarebbe fino ad oggi dimostrato che queste pretese encefalomieliti non esistono al difuori della vaccinazione, mentre i soggetti colpiti non sarebbero altro che dei portatori di un virus neurotropo.

La diversità del quadro anatomico sarebbe dovuta, come ammette pure il Levaditi, al particolare andamento impresso dall'infezione vaccinica all'eventuale encefalite epidemica insorgente; oppure, trattandosi di altri virus, le le-

sioni sarebbero egualmente diverse da quelle classiche di quest'ultima malattia.

In conclusione l'A. dichiara che converrebbe d'ora innanzi parlare solo di « encefalomieliti in soggetti di recente vaccinati ».

Ora, dell'encefalite epidemica si è detto a sufficienza. Quanto invece alla poliomielite, è conosciuta la diversità del suo decorso, anche se viene implicato il cervello, ed anche qui il reperto anatomico è assai differente. Mancano poi riferimenti di casi di encefalite postvaccinale insorta in rapporto a focolai epidemici di poliomielite acuta.

Si può solo ammettere che qualche caso della seconda malattia sia stato erroneamente confuso con qualcuno della prima, data la coincidenza della vaccinazione. E ciò varrebbe per i casi a localizzazione midollare, di cui si è già parlato, e per qualche caso di pretesa encefalite vaccinale cui residuarono delle paresi flaccide degli arti.

Per quanto finalmente riguarda il virus erpetico, la cui posizione nell'etiologia dell'encefalite epidemica non è ancora ben chiarita, si può dire che nelle esperienze sugli animali la cornea non si mostra immune verso l'infezione erpetica dopo l'inoculazione con prodotti cerebrali di malati di encefalite postvaccinale, mentre d'altro lato non si riesce a produrre encefalite coll'inoculazione corneale di cervello di encefalitici. È poi risaputo che i bambini al disotto dei 3 anni non sono suscettibili ad ammalare di herpes.

Le ipotesi patogenetiche riguardanti la forma morbosa di cui ci occupiamo, non sono però limitate a quelle fin qui esposte; poichè vi è un altro gruppo di autori che parla addirittura di germi conosciuti, specialmente di bacilli.

Pondman, ad esempio, in seguito a studi accurati, esprime l'ipotesi che il virus vaccinico, come virus filtrabile, attivi un bacillo del gruppo della « Pasteurella », e che l'individuo muoia a causa della neurotossina prodottasi. Tale pasteurella potrebbe essere già presente nello stesso individuo, oppure essere contenuta nella linfa vaccinica.

In ulteriori prove l'A., unitamente all'Aldershoff, ha messo in evidenza l'azione che esplicherebbe un altro germe, il bacillo bipolare, isolato negli animali da esperimento e dal muco nasale di un bambino sofferente di encefalite postvaccinale, e sempre fornito degli stessi caratteri culturali e biologici. Le inoculazioni con tale muco nasale, inoltre, provocarono la comparsa nel cervello di quelle speciali sostanze tossiche, chiamate dagli AA. col nome di: « neurocidina ».

Aldershoff, recentemente, in 14 casi di encefalite postvaccinale, ha isolato 8 volte dal muco delle fauci della monilia, del tipo « metalondinensis » di Castellani.

Da un'inchiesta retrospettiva compiuta da Klin, Lönberg e Wassén, risulta che in due casi mortali, con reperto anatomico caratteristico dell'encefalite postvaccinale, si rinvennero nel cervello dei corpi rotondeggianti od ovali, simili a protozoi, le cui culture ed inoculazioni ebbero però esito negativo.

Esaurita così, per sommi capi, l'analisi dei principali lavori accumulatisi nel corso di pochi anni nei riguardi della patogenesi dell'encefalite postvaccinale, diciamo poche parole circa la diagnosi, la prognosi e la cura.

Il criterio fondamentale diagnostico è certamente basato sulla nozione della precedente vaccinazione praticata, e sul periodo trascorso tra questa e la comparsa dei sintomi. Nelle forme a localizzazione meningea si dovranno differenziare le varie meningiti acute dell'infanzia, caratterizzate da quadri caratteristici del liquor spinale, e la speciale forma, piuttosto rara, di encefalite meningitica, nella quale il liquor presenta aumento considerevole dell'albumina e dello zucchero, con pleiocitosi marcata e formazione di coagulo netto (Stern e Lichtwitz).

Più difficile può riuscire la differenziazione delle forme encefalitiche ed encefalomielitiche le quali possono simulare tanto una encefalite epidemica, quanto una poliomielite.

L'assenza infatti di paralisi dei nervi oculari nell'encefalite postvaccinale non è in modo assoluto costante, poichè talora anche tali nervi apparvero colpiti, come nel caso di Winnicott e Gibbs, nel quale si ebbe una paralisi del III paio.

Sarebbero invece più importanti il segno di Babinsky e i sintomi tetaniformi, già menzionati.

Anche una pretesa mancanza di sequele nervose non è criterio costante, poichè sussiste possibilità che dopo la guarigione permangano dei postumi, come ad esempio nel caso di Comby, in cui residuò una sclerosi cerebrale, con idiozia e disturbi motori.

Della prognosi si è già detto essere seria, essendosi verificata, in alcune regioni, una mortalità del 40:100 ed oltre.

La grandissima maggioranza dei soggetti guariti, invece, non presenta postumi, i quali, come pure si è accennato, sono da ascriversi tra le eccezioni.

Redlich poi assicura che mai sono state osservate recidive.

Quanto alla cura, finalmente, tutto si limita a quella sintomatica, essendo del tutto recenti e quindi non ancora probative le applicazioni terapeutiche di siero di soggetto da poco vaccinato.

Un caso di Harder, per es., sarebbe guarito in seguito ad iniezione nello speco di cento cubici 5 di siero fornito dalla madre del piccolo malato.

Hekmann, avendo avuto occasione di studiare una piccola epidemia di vaiuolo in Rotterdam nel decorso anno, assistette anche alla comparsa di parecchie forme di encefalite in

bambini vaccinati in tale periodo. In 9 casi iniettò una o più volte nelle vene 10 cmc. di siero fornito da individui vaccinati nella stessa contingenza, e con esito positivo. Tutti guarirono rapidamente, tranne uno.

La conclusione da trarre da tutto ciò che precede, non deve certo essere quella che infirmi il valore della vaccinazione contro una malattia tanto terribile quale è il vaiuolo. La percentuale dei colpiti da complicazioni nervose in seguito a tale pratica è infatti minima, messa in rapporto al numero stragrande degli individui che annualmente vi vengono sottoposti.

Riportiamo in proposito una tabella di Terburgh, che convalida ancor più chiaramente tale affermazione:

Età e suoi rapporti con il numero delle vaccinazioni e quello dei casi di encefalite postvaccinale:

Al disotto di 1 anno: 1 caso di e. p. su 27.405 vaccinazioni. Da 2 a 3 anni: 1 caso di e. p. su 22.407 vaccinazioni. Da 3 a 6 anni: 1 caso di e. p. su 2.586 vaccinazioni. Oltre i 6 anni: 1 caso di e. p. su 2.209 vaccinazioni.

Le quali cifre devono essere ancora più ridotte per alcuni paesi, quale anche l'Italia, ove l'encefalite postvaccinale è stata notata con rarità estrema.

Tutt'al più si cercherà di eseguire le vaccinazioni quanto più precocemente è possibile, e di preferenza prima dello spirare dell'anno di età, praticando scarificazioni cutanee poco profonde, al fine di diminuire la quantità di virus assorbita dall'organismo.

BIBLIOGRAFIA.

J. LUCKSCH. Med. Klin., 1929, 34.
PETTE. Zentralbl. f. die ges. Neur. u. Psych., 1927, 54, 113.
G. CATTANEO. Rinascenza Medica, ottobre 1927.
FORNARA. Soc. Colt. Med. Novarese, gennaio 1928; Clin. ed Ig. Eup., 15-I-27.
GAIDANO. Ass. Med. Chir., Alessandria, 22 giugno 1928.
F. RUSSI. Rinascenza Medica, 1° dicembre 1928.
ALLARIA. Ped. Med. Pratico, novembre 1927 e luglio 1928.
M. FABERI. Policlinico, Sez. medica, XXXVI, 1929.
MUGGIA. Ped. Med. Pratico, luglio 1928.
G. FIORE. *Scritti medici dedicati a* C. COMBA. Firenze, 1929, pag. 652.
ECKSTEIN. Klin. Woch., n. 25, 1929.
L. M TURNBULL e J. MCINTOSH. Lancet, 4 sett. 1926.
F. S. v. BASTIAANSE. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 14 marzo 1921.
ID. Bull. Acc. Méd. Paris, 94, 21 luglio 1925.
F. S. v. BASTIAANSE, J. P. BIJL e J. T. TERBURGH. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 18 sett. 1926.
J. LUCKSCH. Centralbl. f. Bakt., Abt. I, 103, 5 agosto 1927.
M. STOOS. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 105, 1924.
BLANC e CAMINOPETROS. Schweiz. Med. Woch., 13 febbraio 1926.
R. KRAUS. Wien. Klin. Woch., 40, 10 febbraio 1927.
PRIESEL. Zeitschr. f. Kinderheilk., 47, H. 1.
WALENTA. Monatschr. f. Kinderheilk., 42, H. 6.
MADER. Jahrb. f. Kinderheilk., 123, H. 3-4.
HUBER. Deut. Med. Woch., n. 38, 1929.
FULGHAM. Journ. A. M. A., 92, 17 aprile 1929.
HEKMANN. Ned. Tijd. v. Geneesk., 73, 12 ottobre 1929.
P. BARON. Thèse de Paris, 1929.
M. PAISSEAU e M.lle SCERRER. Soc. Péd., Paris, 19 nov. 1929.
RUSSEL e ODDIE. Lancet, 1928, II, p. 547.
T. HARDER. Ibid., I, 1929.
J. TAYLOR. Ibid.
W. KNOPFELMACHER. Wien. Klin. Woch., n. 4, 1930.
S. FLEXNER. The Journ. A. M. A., 94, 5, 1930.
F. DÉVÉ. Bull. Acc. Med., Paris, 102, 1929.
BENVENUTI. Riv. Clin. Ped., 27, 1929.
T. FRACASSI e J C. RECALDE CUESTAS. Rev. Med. del Rosario, agosto 1928.
E. RIENENSTEIN. Zeitschr. f. Kinderheilk., 49, H. 3, marzo 1930.
R. PRIESEL e WAGNER R. Ibid.
FINKELSTEIN. Lehrb. der Saüglingskr., 1924, pagina 486.
STINER. Schweiz. Med. Woch., 1925, n. 11.
WARSCHAUER. Med. Klin., 1929, n. 4.
LEINER. Ibid., 1926, n. 12; Wien. Klin. Woch., 16 dic. 1926.
A. THANING. Ugerskrift v. Laeger, 44, 1911.
A. TROUP e E. W. HURST. Lancet, n. 11, 15 marzo 1930.
NETTER. Acc. Med. Paris, 4 nov. 1929.
TURNBULL. Brit. Med. Journ., n. 35, 29, 1928.
BIJL e FRENKEL. Zbl. Bakt., I Orig., 112, 1929.
E. GILDMEISTER. Deut. Med. Woch., n. 38, 1929.
ECKSTEIN, HERZBERG-KREMMER ed HERZBERG. Deut. Med. Woch., 14-2-30.
GLANZMANN. Schweiz. Med. Woch., 145, 1927.
C. LEVADITI e S. NICOLAU. Compt. Rend. Soc. Biol., 94, 22 gennaio 1926.
ID. ID. Presse Méd., 35, 5 febbraio 1927.
GONZALÉS. Compt. Rend. Soc. Biol., 1926, v. XCV, p. 274.
GALLARDO. Arch. del Inst. Nac. de Hig. de Alphonso XIII, 1926, p. 1.
KELLER. 40 Tagung der Deut. Gesell. f. Kinderheilk., Wiesbaden, 4-8, IV, 1929.
R. KRAUS e J. TAKAKI. Med. Klin., 21, 11 dicembre 1925.
DEMME. Klin. Woch., n. 6, 1928.
PETTE. Ibid.2
LEVADITI, BIZE, LÉPINE, TROISIER. Acc. Med., Paris, 10 luglio 1928.
LEVADITI, LÉPINE, TROISIER. Bull. Acc. Med., 100, n. 28, 1928.
L. NICOLI. Boll. Soc. It. Biol. sper., 3, n. 2, 1928.
D. WIERSMA. Acta Psych., 4, 1929.
KELLER e SCHAEFER. Jahrb. Kinderheilk., 125, H. 5-6.
REISCH. Wien. Klin. Woch., 23-1-1930.
PONDMAN A. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 71, n. 20, 1927.
ALDERSHOFF e PONDMAN. Ibid., 72, n. 10, 1928.
ALDERSHOF H. Bull. Acc. Méd. de Paris, n. 20, 20 maggio 1930.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE AL POLICLINICO UMBERTO I - ROMA
REPARTO ISOLAMENTO, prim.: prof. T. PONTANO.
SEZIONE CHIRURGICA.

L'elefantiasi scrotale e sua cura chirurgica.

Dott. A. STARNA, aiuto-med. degli Osp. Riuniti.

Di tutte le affezioni dello scroto l'elefantiasi idiopatica è certamente una delle meno comuni, potrà quindi, credo, riuscire non inutile la descrizione di un caso che ho avuto occasione di seguire e di operare con successo durante il mio servizio chirurgico; prestandosi il caso stesso ad osservazioni diagnostiche e terapeutiche di notevole interesse.

I casi riferiti dagli AA. quasi sempre riconoscono come causa predisponente infezioni locali (erisipele, eczemi cronici) o traumatismi ripetuti; quanto ai germi che possono trovarsi nei vasi della regione, sebbene Sabouraud abbia a suo tempo dimostrato in questi degli streptococchi, non debbono considerarsi che come reperti accidentali frequenti e spesso associati con altre varietà specie nelle forme ulcerate, sempre mutevoli da caso a caso. Uno stato elefantiasico può seguire a disturbi di circolo linfatico o venoso di varia origine; da compressione nei tumori, da stasi nelle affezioni cardiache, da ostacolo endovasale come accade nelle trombosi e flebiti. Talora nella regione scrotale può manifestarsi nel seguente modo: un p. ristretto uretrale ha una fistola scrotale che per l'irritazione continua dell'orina, per l'assenza di nettezza della parte e per piccoli ascessi parietali va incontro a continuo e prolungato stato infiammatorio il quale finisce, specie se all'infezione si associa flebite, per determinare una elefantiasi. Nel nostro caso nessuno di questi fattori sembra sia in causa, si trattava di una elefantiasi cronica di natura idiopatica.

M. Gaudenzio, di anni 52, da Zagarolo, contadino, celibe.

Anamnesi. Dal p. sordomuto non si possono raccogliere che poche notizie sulla sua malattia. Si riesce a comprendere, per iscritto, che da 5 o 6 anni lo scroto si è andato tumefacendo lentamente, senza produrre alcun fastidio oltre quello meccanico, il p. trascurò la cosa fino a quando circa tre anni fa la tumefazione, divenuta nel frattempo più grande di una mela, si ruppe improvvisamente di notte mentre il p. dormiva, dando esito ad abbondante sostanza picea raggrumata.

Il p. riferisce di non aver avuto febbre in quell'occasione e che continuò sempre le sue occupazioni di lavoro sebbene da allora abbia avuto sempre l'incomodo della secrezione fistolosa. Il tumore che con l'apertura si era notevolmente ridotto è andato in seguito aumentando, l'ostio della perforazione è ingrandito fino ad assumere il diametro attuale e dalla fistola fuoriesce una continua secrezione fetida.

La minzione è stata sempre regolare, mai è stata ostacolata e attraverso il foro fistoloso non è mai uscita orina.

Nega blenorragia, lues e qualunque altra malattia degna di nota.

Es. ob. Condizioni generali scadute, colorito pallido della cute e delle mucose visibili, scarso pannicolo adiposo, struttura scheletrica regolare.

Temperatura febbrile (38), polso di media ampiezza e pressione.

Lingua umida, detersa.

Torace ben conformato, simmetrico.

Polmoni: apici in sede, basi abbassate di circa due dita, nelle profonde inspirazioni si espandono poco; all'ascoltazione, murmure vescicolare normale non accompagnato da rumori accessorî.

Cuore: itto della punta palpabile al V spazio all'interno dell'emiclaveare, aia in parte coperta, all'ascoltazione il I è accompagnato alla punta da un lieve soffio. Toni netti sugli altri focolai.

Addome trattabile, indolente, non tumefazioni nè versamenti.

Fegato e milza nei limiti.

Lo scroto arrossato è fortemente aumentato di volume raggiungendo quasi quello di una testa di feto a termine. Non è visibile alcun reticolo venoso sulla tumefazione; osservando bene si nota che questa è tutta a carico dell'emiscroto di sinistra. Quivi la cute anteriormente nel punto più declive presenta una ulcerazione irregolare del diametro di circa 2 cm. a bordi netti. Non si vedono granulazioni fungose sorgere sopra il piano ulcerato, dal fondo nerastro fuoriesce un liquido giallo verdognolo denso, fetidissimo.

Con la sonda si riesce a trovare nel fondo dell'ulcera un tramite fistoloso che si approfonda per parecchi centimetri nella massa in esame.

La palpazione fa rilevare il testicolo d. di volume, forma e consistenza normale, il sin. non si riesce a delimitare esattamente conglobato come è con l'emiscroto. La cute molto ispessita e aderente ai piani sottostanti è arrossata specie nel quadrante antero-inferiore fistolizzato; la compressione non provoca dolore.

La tumefazione ha una consistenza duro-elastica, una forma allungata ovulare con il polo più sottile che decorre verso il cordone fino ad un dito al disotto dell'arcata inguinale. Non si riesce esattamente a deteminare a carico di quale organo sia la tumefazione. Si provoca il dolore testicolare in basso ed indietro, non esiste versamento nella vaginale; il deferente che si riesce ad identificare alla radice dello scroto è di consistenza normale. Micropoliadenopatia inguinale, non si palpano gangli lombari.

Se teniamo conto soltanto dell'esame, vediamo che scarsi sono i sintomi che ci possano indirizzare ad una diagnosi anche di probabilità; anzi la febbre e la tumefazione ulcerata ritenuta improvvisa fecero credere al medico che l'inviò a noi, si trattasse di un flemmone

urinario cancrenoso. Infatti ricordando che le tumefazioni acute a carico dello scroto, esclusa l'infiltrazione emorragica da contusione, sono di solito dovute ad infezione flemmonosa per stenosi o rottura uretrale si comprenderà l'equivoco in cui si poteva cadere facilmente. Ma le condizioni generali del p., la lingua umida, il polso, la febbre media contrastavano notevolmente a questa ipotesi; subito quindi volli sapere dal p., non già tentando inconsultamente il sondaggio, le condizioni delle sue minzioni. Saputele normali e appreso che la tumefazione risaliva a data remota, risultò facile dedurre che la febbre era dovuta ad una infiammazione acuta locale intercorrente, impiantatasi nella zona fistolosa.

Ma notevolmente arduo era sapere a carico di quale organo si fosse iniziata la fistola. Diremo anzi che, esclusa l'uretra, le ipotesi si dirigevano tutte verso l'origine testicolare. Infatti, se si tolgono le affezioni della vaginale (ematocele, idrocele, pachivaginalite) tutte d'origine acuta e con altra sintomatologia, la fistolizzazione è abitualmente l'esponente di una lesione testicolare.

Tra le malattie del didimo suggestivi caratteri di somiglianza con la tumefazione in esame aveva specialmente la sifilide. L'aumento di volume del testicolo nell'orchite sclero-gommosa è infatti graduale, la superficie è abitualmente liscia sebbene talora possa presentare ispessimenti dell'albuginea, è indolente, la consistenza però si presenta piuttosto duro-cartilaginea. Ma dobbiamo ricordare che nel nostro caso si sarebbe dovuto trattare non di una forma chiusa, ma di una ulcerata, in cui quindi parecchi caratteri originari potevano essere secondariamente modificati. L'ulcerazione era anteriore come nella gomma e sebbene scolasticamente si dica che il bordo dei margini nella gomma ulcerata sia violaceo e tagliato a picco, il sopravvenire di una infiammazione acuta sconvolge questi fini caratteri. Era anche suggestivo per la natura luetica la persistenza della fistola senza alcuna tendenza a guarigione e l'ispessimento scrotale a tipo elefantiasico che abitualmente si trova intorno alle ulceri gommose. Se i caratteri poi della secrezione fistolosa non erano tipici della gomma, si poteva ritenere che la infezione sopravvenuta tardivamente l'avesse potuti modificare. Quindi tutto lasciava ritenere che lo stato elefantiasico fosse una manifestazione secondaria scrotale di una lesione gommosa del testicolo. Praticata la Wassermann questa risultò negativa completa. Intanto la febbre continua, che aveva raggiunto nei primi due o tre giorni elevazioni vespertine di oltre 38,5 cominciava a discendere il giorno 22 e il 24 il p. torna apirettico.

Anche negativo è l'esame chimico e microscopico delle orine. Nell'esame diagnostico differenziale dobbiamo ricordare la tubercolosi; ma i pochi elementi certi erano contrari a questa forma. Anzitutto la sede dell'ulcerazione tbc. è sempre nella parte posteriore del testicolo, la ulcerazione è non raramente multipla, inoltre attraverso la fistola fuoriesce un liquido sieroso che non ha affatto il colore giallo-nerastro denso come nel nostro p. Sebbene la forte tumefazione non permettesse un esame completo dell'epididimo, non era percepibile all'altezza della testa dell'epididimo stesso alcuna nodosità tubercolare; anche la consistenza del deferente che si riusciva a palpare alla radice dello scroto era normale senza alcun indurimento a grano di rosario; infine l'esame della prostata riuscì negativo per qualunque alterazione a suo carico.

Non nego che, esclusa la sifilide, il pensiero corresse alla diagnosi di tumore. Ma a questa ipotesi v'erano molti elementi contrari; innanzi tutto l'inizio che a dire del p. risaliva a circa 5 anni, senza che fossero invasi i gangli inguinali e lombari, poi l'assenza di un reticolo venoso scrotale; mancava pure nel nostro p. la pesantezza tipica di biglia. Quando a questo si aggiunga l'assenza di dolori spontanei irradiati lungo il cordone, la superficie liscia dell'organo in esame, erano troppi i fatti che facevano ritenere più che dubbia la diagnosi di tumore.

Riassumendo, se tutte le suesposte considerazioni ci facevano ritenere poco probabile un'affezione testicolare, si doveva ammettere una elefantiasi primitiva o secondaria dello scroto; comunque in un caso e nell'altro il parenchima testicolare doveva essere in pessime condizioni e l'asportazione di tutto l'emiscroto sin. ci sembrò sacrificio modesto nella speranza di ottenere la guarigione.

Operazione (26-1-1928. Dott. Starna).

Eteronarcosi regolare.

Si praticano due incisioni curvilinee che partite dalla faccia ant. dello scroto sin. subito al disotto della radice di questo scendono in basso allontanandosi e delimitando una losanga che medialmente raggiunge il rafe e lateralmente lascia solo una piccola parte della cute scrotale, viene perciò compresa tra le due incisioni tutta la tumefazione e la fistola in essa contenuta. Legato ed inciso in alto il funicolo se ne ribatte in basso il capo inferiore, quindi si procede alla dissecazione della massa senza aprire l'emiscroto d. Asportata così la massa, si affrontano solo per il terzo medio dell'incisione i bordi della cute con qualche punto di seta, lasciando al di sotto un

drenaggio di garza che potrà nelle medicature facilmente essere sostituito.

Nei giorni 26 e 27 il p. ha qualche linea di febbre che presto scompare. Il 1° e il 2 febbraio si tolgono i punti essendo già stabilito un ampio ponte di cute, la ferita granula rapidamente, il drenaggio di garza viene ridotto.

Dopo una ventina di giorni dall'operazione il tramite era scomparso tanto che il p. trasferito il 18 febbr. in altro ospedale volle tornare al suo paese non richiedendo la sua medicatura il riposo in letto.

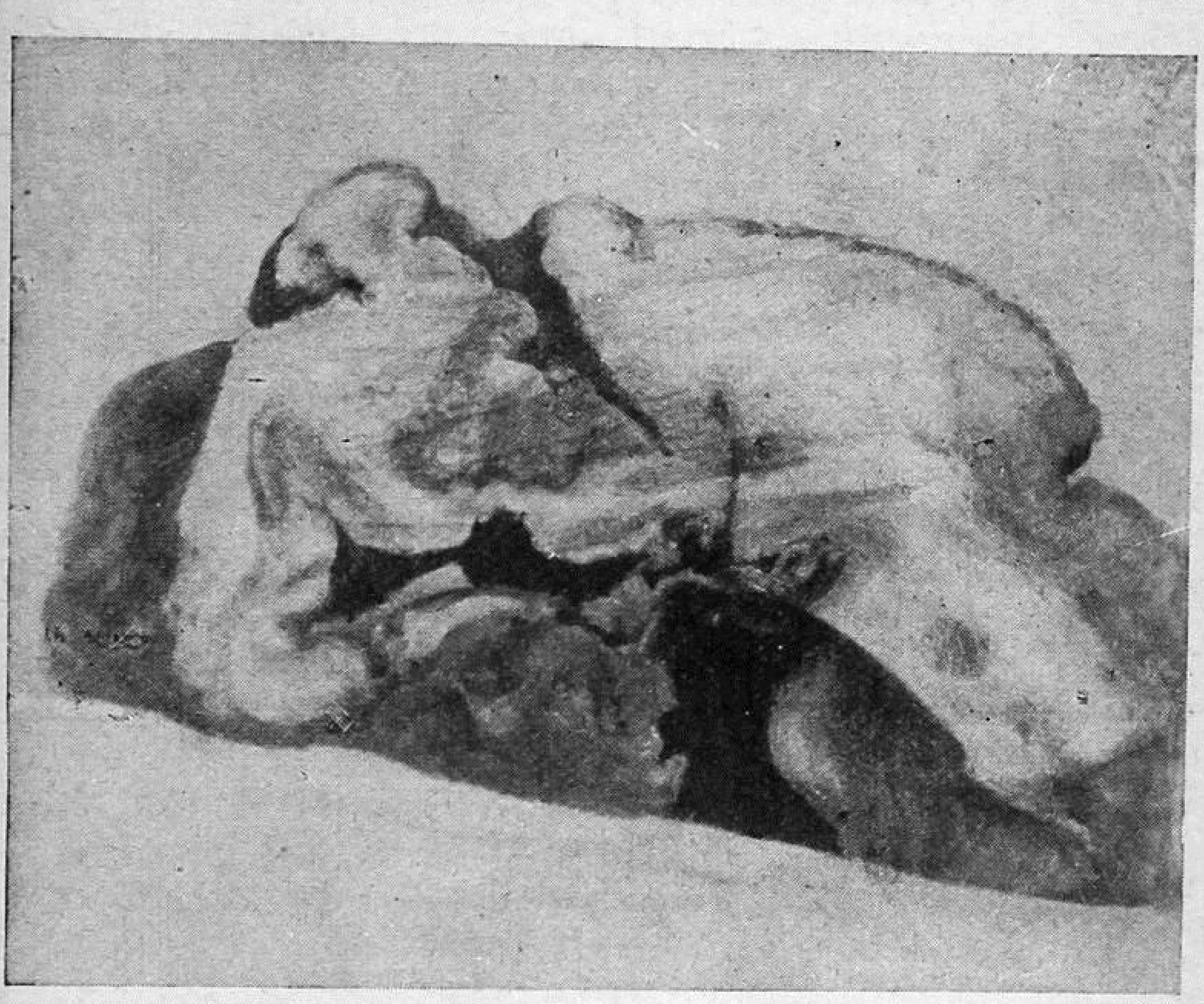


FIG. 1.

Successivamente a distanza di circa 10 mesi ne domandai notizie e seppi che dopo poche medicazioni ambulatorie la ferita era completamente cicatrizzata ed il p. stava benissimo; nessuna tumefazione si è riprodotta neanche ora a distanza di circa due anni.

L'esame del pezzo asportato fa rilevare un emiscroto grande quasi quanto una testa di feto maturo. Al taglio il sottocutaneo risulta di uno spessore di circa 5 cm. e nell'interno si riscontra una cavità rotondeggiante la cui parete è di color bianco-grigiastro diffuso per la presenza di un induito di tal colore, induito abbastanza conservato e che la tappezza quasi completamente.

La pelle sovrastante è di colorito brunastro e cosparsa di formazioni papillari costituendo un tessuto di aspetto fibromatoso, denso, compatto, uniforme; la fistola comunica ampliamente con la cavità; nella fig. 1 è visibile in alto la fistola imbutiforme, in basso la cavità vuotata e a pareti introflesse, per la sinuosità della fistola lo sbocco interno di questa non è caduto sotto taglio; sono anche da rilevare nella sezione focolai di infiltrazione ematica circoscritti.

Dall'esame del pezzo risulta quindi confermata la diagnosi posta prima dubitativamente di elef. idiopatica circoscritta. Anatomicamente se ne distinguono due tipi; uno di E. molle di color bianco-grigiastro formata da un tessuto edematoso gelatinoso, e una E. dura formata da un tessuto connettivo povero di cellule, e composto di fasci di fibrille che si incrociano. Delle varietà di E. che prendono il nome a seconda dell'aspetto della pelle, (E. glabra, papillare, tuberosa, ulcerata), non ci occuperemo; più interesse ha per noi ricordare che non è raro il verificarsi di linforragia, specie quando i vasi linfatici sono ampi, spessi e varicosi, forma questa frequente ai genitali e che va con il nome di E. linfangitica.

Come vedremo in seguito dal reperto istologico del nostro caso, possiamo ritenere che la grossa sacca trovata nell'interno della tumefazione sia stata con tutta probabilità determinata da linforragie ed emorragie e successivamente sia aumentata per la sopravvenuta infezione.

Ma prima di passare alla descrizione istologica ricorderò brevemente il quadro clinico dell'E. *nostras* e come probabilmente si è svolta nel nostro p. Di solito senza una causa apparente od in seguito ad un trauma si ha un periodo febbrile di 3, 4 giorni, contemporaneamente la cute della regione si fa tesa, calda, rossa, i gangli s'ingorgano e diventano dolenti, talora son visibili anche segni di violenta linfangite reticolare e tronculare. Poi i sintomi si calmano, tutto sembra scomparso quando dopo qualche settimana si ha un nuovo attacco meno violento del precedente, però caratterizzato da una persistenza della tumefazione che con il ripetersi di altri attacchi finisce col restar definitiva e dà inizio allo stabilirsi dell'E. A differenza di questa E. subacuta, nella E. cronica nessun disturbo compare oltre quello meccanico.

Istologicamente all'E. molle risponde, secondo la classificazione di Dominici, l'ipersarcosi con predominio di sierosità linfatica presentando un reticolo connettivale molto scarso; alla E. dura l'ipersarcosi con predominio di sclerosi, in cui il tessuto è formato da una ganga fibrosa, irregolare che stride al taglio. In questa forma il sottocutaneo lardaceo, iperplastico può sostituire con tratti fibrosi anche gli strati muscolari. La presenza di numerosi focolai di endo- e perivascolarite, come vedremo nel nostro p., sono suggestivi per la patogenesi flogistica (eczemi o eresipele ripetute).

Nel nostro caso ad un esame di orientamento istologico risultò una struttura di tessuto d'infiltrazione leucocitaria disposta in una massa ialina a grossi fasci; a tratti invece un tessuto di granulazioni ricco di neoformazioni vasali sia sanguigne che linfatiche. Nella maggior parte poi si riscontrava un tessuto fibroso solcato da cellule fusate con abbondante sostanza fondamentale ialina, in cui si notavano focolai

emorragici con cellule siderofore e in alcuni tratti focolai di necrosi estesa. Per un più esatto esame abbiamo proceduto alla inclusione di tre zone che più interessavano del nostro pezzo e cioè: il tessuto fibroso scrotale, il testicolo e l'infiltrazione ematica negli strati profondi elefantiasici. Riportando il reperto istologico ringrazio vivamente S. E. il prof. Dionisi che volle cortesemente procedere alla lettura dei preparati.

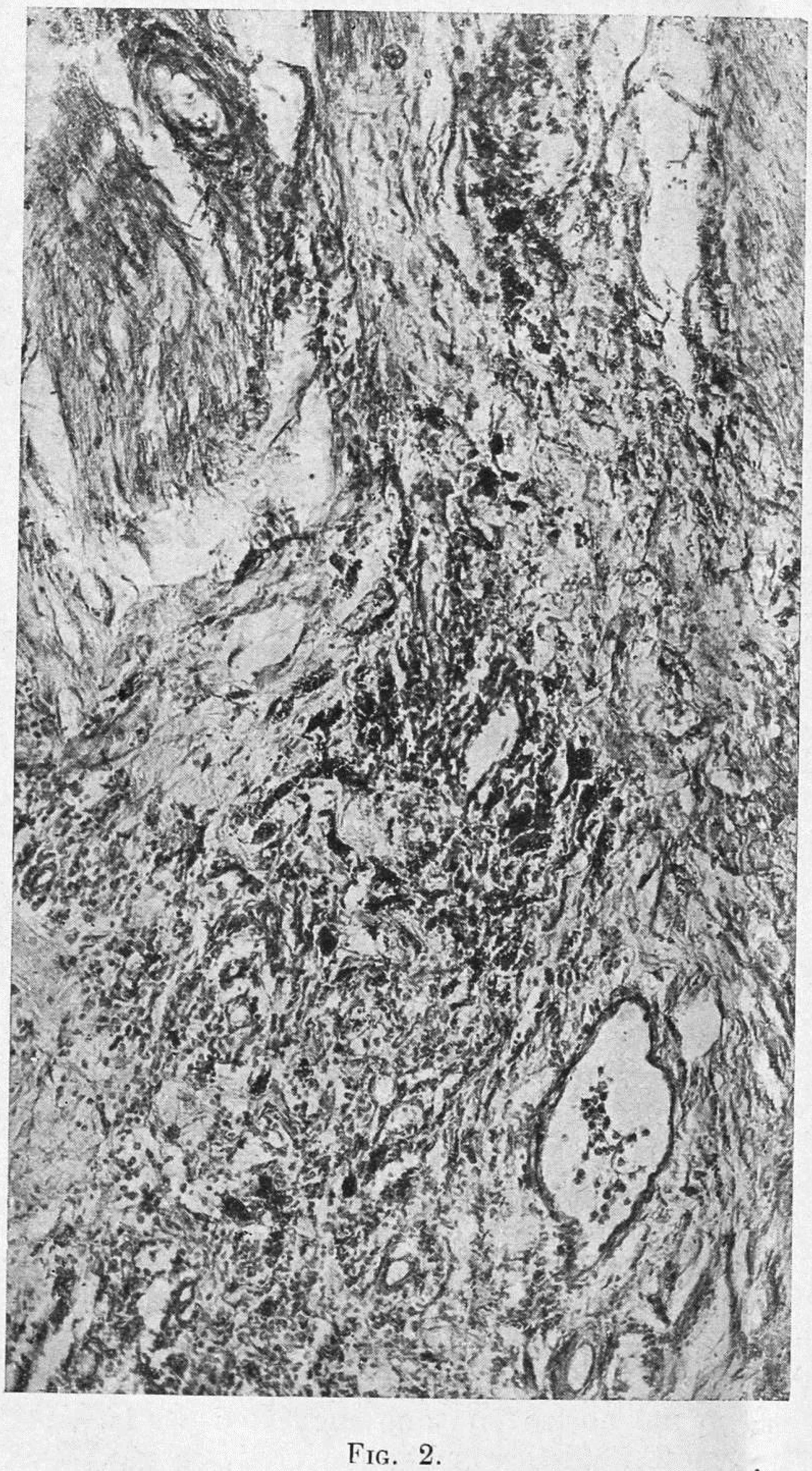


FIG. 2.

I. Nel tessuto connettivo fibroso dello scroto di cui è conservata la tunica dartos si osservano dei focolai di infiltrazione perivasale più o meno estesi rappresentanti da linfociti con nucleo picnotico a scarsissimo protoplasma (fig. 2). I vari elementi sono disposti in un tessuto reticolare a fini maglie che spicca tra gli elementi dell'infiltrato. Considerevole edema del tessuto dello scroto. L'infiltrato si riscontra anche ben sviluppato nel territorio dei linfatici. I nervi e il tessuto perinervoso non presentano alterazioni. Concludendo: nello scroto è caratteristica l'infiltrazione parvicellulare perivasale tanto intorno ai vasi sanguigni che ai linfatici.

II. L'esame microscopico del testicolo dà una infiltrazione diffusa dell'albuginea, l'infiltrato è costituito da elementi linfocitari che si trovano specialmente accumulati lungo i vasi. Nel testicolo si nota atrofia dei tubuli contorti la cui parete è rivestita da elementi cellulari pluristratificati non differenziati, non si rinvengono mai spermatozoi. Si trovano qualche volta accumuli di cellule interstiziali come nei testicoli atrofici fra i tubuli. Il contenuto delle cellule interstiziali è limitatissimo. I tuboli dell'epididimo, presentano poche alterazioni, in modo che l'infiltrazione cronica dell'albuginea rappresenta la principale alterazione connessa con atrofia testicolare e con proliferazione a focolai di cellule interstiziali. Non si osservano alterazioni vasali.

III. Tra i fasci di connettivo e nelle zone di infiltrazione linfocitarie dello scroto si nota in alcuni tratti presenza di notevole pigmento ematico contenuto nei macrofagi istiocitari. Gli accumuli dei macrofagi sono talora molto abbondanti e ci rendono conto della pigmentazione anche macroscopica. Gli infiltrati che sono abbondantissimi in alcuni tratti si trovano sia intorno ai vasi sanguigni che ai linfatici e conservano sempre il tipo linfocitario delle infiammazioni croniche. Degno di interesse è la conservazione dei nervi e della muscolatura a cui non si sono diffusi nè infiltrati nè emorragie.

In conclusione tutto il processo può considerarsi in rapporto con una elefantiasi sporadica dello scroto con infiammazioni croniche perivasali. La caratteristica di questa forma è data dalla frequenza delle emorragie ripetute, in base alle quali con probabilità si sono verificati disturbi di circolo da indurre alterazioni regressive che dalla profondità hanno raggiunto anche la pelle, la cavità formatasi è pure con tutta rassomiglianza in rapporto a ripetute emorragie e linforragie.

È degno di interesse l'atrofia del testicolo, consecutiva alla diffusione del processo infiammatorio negli interstizi, al quale più che alla compressione scrotale va riferita l'atrofia.

I caratteri di flogosi cronica risultati in modo chiaro nel caso in esame depongono per la patogenesi infiammatoria dell'E., ipotesi sostenuta fin da Rindfleich e Schwimmer in contrario a quanto già aveva ritenuto Wirchow e Kaposi che emisero la teoria meccanica. Ricordo che recentemente Nonne, Milroy, Lery, hanno sostenuto il concetto dell'E. intesa come trofoedema; anzi Meige sostiene che sia data esclusivamente da una lesione del centro trofico nervoso; però, anche la classica esperienza di Ranvier, che determinava il trofoedema solo dopo legata la V. femorale e lo sciatico, depone per la patogenesi vascolo-nervosa.

Comunque la lesione nervosa, che nel caso nostro mancava, non è affatto costante, talora l'E. si inizia da una flebite postoperatoria

come nel caso di Brunnow, talaltra è ereditaria la predisposizione, (Carmichael e Normann), più spesso è idiopatica (Weber, Parkes) e se le flogosi ripetute contribuiscono non devono certo esse sole di per sè determinare l'affezione. Ma indipendentemente dalla etiopatogenesi che recentemente è stata messa in rapporto anche con alterazioni ipofisarie (Milani), credo più interessante accennare ai metodi operativi tentati o proposti.

Tra i metodi chirurgici ricordiamo che abbandonate le scarificazioni, l'elettrocoagulazione e la legatura di tronchi venosi. Handley per primo introdusse (1908) nel sottocutaneo fili di seta per deviare la stasi linfatica (linfangioplastica), Lexer poi modificò il metodo immettendo i fili di seta in aperture praticate nella fascia ispessita del sottocutaneo, la sostituzione di tubi alla seta (Walter) non è stata seguita. Kondoleon invece incide la fascia ispessita e l'approfonda nei muscoli in modo da stabilire un drenaggio dal sottocutaneo verso la muscolatura; od anche più brevemente secondo la modificazione di Payr si escide per un tratto la fascia mettendo a contatto gli strati superficiali con i profondi. Lanz invece dopo aver preparato dal piano fasciale delle benderelle le introduce in fori praticati nella diafisi delle ossa lunghe.

Ma se questi metodi sono consigliati per l'elefantiasi in genere, per quella dello scroto le cose possono essere notevolmente semplificate usufruendo delle peculiari condizioni anatomiche della regione.

Ricordo che Krogius per l'E. scrotale raccomanda il rovesciamento della tunica vaginale che viene così incisa e ribattuta sul testicolo, in tal modo la linfa viene avviata lungo il funicolo; Belitzki consiglia l'amputazione dello scroto conservando i corpi cavernosi; Jansen invece ha eseguito il trapianto omoplastico di tratti di vene della regione ipogastrica ottenendo però soltanto una regressione temporanea. Keysser ha voluto provare il drenaggio con fili di seta, cioè il metodo di Handley ma dopo quattro mesi i fili si trovavano in una guaina di pus; ha creduto bene allora di asportare le parti edematose e poi introdurre i soliti drenaggi di fili di seta che partivano in alto dai muscoli retti, il risultato è stato buono. Secondo Keysser i fili di seta, più che una azione meccanica, avrebbero efficacia in quanto essi provocano processi fermentativi attraverso un leucotropismo e sarebbero eccitatori e nel contempo deviatori di flogosi.

Ma al metodo di Handley, al quale anche Dranth non riconosce che un'azione preparatoria per un maggiore intervento, muovono una grave obbiezione De Gaetano, Falcone ed altri. Ammesso che l'elefantiasi sia dovuta a stasi linfatica e consecutiva sclerosi connettivale, con molta probabilità i fili di seta non faranno che facilitare la formazione di un tessuto sclero-cicatriziale lipomatoso che ostacola ancor più il drenaggio linfatico. Più rispondente allo scopo è forse il metodo di Kondoleon-Payr, cioè l'asportazione di parte dell'aponeurosi; e anche più semplice e di miglior successo la Kondoleon-Sistrunk avendo quest'ultimo A. praticata la resezione losangica dell'aponeurosi con tutta la pelle, asportando quindi un grosso lembo cutaneo-aponeuro-sclerotico. Anche Giordano ricordati i lusinghieri risultati ottenuti con una vasta asportazione (Dieffenbach, Giordano, Mikulicz) sostiene che il miglior successo si ha con il metodo di Payr-Kondoleon modificato da Sistrunk.

Quindi nella sede da noi studiata, allorchè la lesione è circoscritta, l'asportazione dell'emiscroto è la sola cura che possa dare una rapida guarigione. Non ci deve sembrare grave il sacrificio di un testicolo, tenuto conto che allorchè l'elefantiasi ha raggiunto un notevole volume, il valore funzionale di esso è ridottissimo come abbiamo riscontrato anche noi all'esame istologico.

Naturalmente la ferita operatoria non sarà chiusa per prima, ma si lascerà un drenaggio che sarà sostituito da uno stuello sempre più piccolo con l'avanzare delle granulazioni fino a completa guarigione.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di E. n. emiscrotale sin. di difficile diagnosi, poichè la tumefazione si accompagnava a febbre e presentava una fistola comunicante con una grossa sacca suppurata d'origine linfo-emorragica compresa nella massa elefantiasica stessa.

Praticata l'asportazione di tutto l'emiscroto, affrontando poi solo con qualche punto di guida i bordi, ha lasciato granulare il resto della ferita che si è chiusa rapidamente e completamente.

Dopo 20 mesi il p. non presentava alcuna recidiva.

BIBLIOGRAFIA.

Arnold H. *The Kondoleon operat. for elephantiasis.* Brit. Journ. of Surg., 1921, July.

Brocq. *Traité élém. de dermat. pratique,* vol. I, 1907.

BRUNNOW S. *Uber elephantiasis nostras.* Folia Neuropathol:gica Esteniana, Tartu, 1926.
CLUTE e HOWARD. *L'operaz. di Kondoleon.* Surg. Kl:n. of North. Amer., Bd. 8, n. 1, 1928.
FALCONE. *Rilievi sul trattamento chirurgico alla Kondoleon.* Annali Ital. di Chir., 1923, pag. 662.
DE-GAETANO. *Cura chirur. di un caso di elef. degli arti inf.* Ann. Ital. di Chir. 1923.
GIORDANO S. *Contributo al trattam. chir. dell'E. negli arti inf.* Riforma medica, 1925.
KEISSER. *Sul trattamento oper. dell'E.* Deutsche Zeitschrif. f. Chir., Bd. 203-204, 1927.
MILANI D. Comun. Soc. Medico-Chirur. bellunese, 1928.
ROSSI A. *Ricerche anat. sull'E. acquisita,* 1895.
SAMORINI. *Sulla cura chirur. dell'E.* Policlinico, Sez. Pratica, 1924, pag. 904.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Considerazioni pratiche su 110 casi di parotite epidemica

per il dott. STANISLAO PAOLILLO, cap. medico.

Dal 1927 al 1929 nel Presidio Militare di Arezzo ho seguito l'andamento epidemico e la cura di 110 parotitici, giovani soldati fra 20 e 21 anni, appartenenti a distretti militari dell'Italia centrale.

L'epidemia si è svolta approssimativamente in 18 mesi, avendo osservato il primo caso nel settembre 1927 e l'ultimo nel marzo 1929. I casi si sono manifestati con la seguente successione: nel 1927, 25 casi; nel 1928, 81 casi; nel 1929, 4 casi. Totale 110 casi.

Ciascun infermo è stato ricoverato in infermeria e isolato per un periodo di 20 giorni almeno. Il periodo febbrile è stato vario da tre giorni a dodici giorni, più breve nelle forme senza complicanze, più lungo nelle altre. In tutti i casi ho riscontrato la forma classica bilaterale (simultanea o quasi) con fatti flogistici locali sempre bene evidenti e di diagnosi indubbia.

Complicanze: l'orchite è stata presente in 22 casi (20 %), è comparsa sempre dopo la regressione della parotite, monolaterale in 20 casi, bilaterale in 2 casi; l'adenite sottomascellare, sempre bilaterale, è stata presente in 12 casi, in quattro dei quali precedette la parotite di qualche giorno e in tre casi costituì l'unica localizzazione della malattia. Non ho riscontrato come complicanze nefriti, tiroiditi, dacriocistiti, artriti, eritemi cutanei, otiti, pancreatiti, meningiti sierose, cui accennano vari autori. La guarigione è stata completa per tutti e nessun provvedimento medico-legale militare è stato adottato nei loro riguardi. Non ho riscontrato a distanza più o meno lunga di tempo un solo caso di recidiva.

Postumi: un caso di atrofia testicolare monolaterale post-orchitica.

La parotite epidemica appartiene alla categoria delle affezioni di diagnosi relativamente facile; l'adenite sottomascellare però per potere essere interpretata come equivalente di parotite epidemica, quando costituisce la sola localizzazione della malattia, ha bisogno del criterio epidemiologico. Altrettanto dicasi delle orchiti quando queste, come può accadere, costituiscano la sola localizzazione della malattia.

Per la profilassi ritengo non possa escludersi che anche per questa affezione esistano « portatori sani ». In quanto alla terapia mi sono valso con ottimi risultati della proteinoterapia più o meno intensa a seconda dei casi per via endomuscolare.

Ho sperimentato vari preparati proteinoterapici e tutti hanno risposto allo scopo. Alla proteinoterapia ho associato sempre la cura antiflogistica locale valendomi dell'ittiolo in pomata al 20 % e nelle orchiti ho applicato sempre il sospensorio. Con tale metodo di cura ho visto il processo orchitico risolversi in tempo relativamente breve, per lo più in quarta giornata, e ritengo che un solo caso di atrofia testicolare su 22 di orchite sia un risultato sodisfacente. Notevole a questo riguardo il fatto che i due infermi con orchite bilaterale non hanno avuto atrofia testicolare con il vantaggio incomparabile di aver conservato la propria « potentia generandi ».

RIASSUNTO.

L'A. espone i dati epidemiologici di 110 parotitici curati con la proteinoterapia ed esprime il giudizio che questo sistema di cura corrisponda egregiamente allo scopo di risolvere in breve la complicanza orchitica evitando l'atrofia testicolare.

SUNTI E RASSEGNE.

TROFO-NEUROSI VASALI.

L'arteriografia nelle gangrene degli arti inferiori.

(Leibovici. *Journ. d. Chir.*, t. 34, n. 3).

L'A. fa una rivista sintetica sull'arteriografia trattando dei principi, della tecnica, indicazioni, inconvenienti, risultati, limitando il suo studio all'applicazione di questo metodo d'indagine negli arti inferiori.

I liquidi più comunemente adoperati per la iniezione arteriosa sono il *lipiodol* e lo *ioduro di sodio*. Il lipiodol, per l'alto contenuto in iodio va iniettato in dose di 1-2 cmc.; lo ioduro di sodio, soluzione al 25 %, in dose di 10-15 cmc. Sede dell'iniezione è la femorale sotto l'arcata crurale più in alto della femorale profonda, a cielo scoperto o per via sottocutanea. Il liquido va iniettato rapidamente, preferibilmente sul tavolo radiografico e le radiografie prese in serie fin dall'inizio dell'iniezione.

Fra gli accidenti: la puntura dell'arteria può dar luogo a una forte emorragia solo in rari casi di grave ateromasia.

Altri accidenti più gravi sono lo spasmo, l'ostruzione dei capillari e l'arterite chimica che possono aggravare l'obliterazione e la gangrena, come è stato osservato in qualche caso. Infine lo ioduro di sodio può provocare fenomeni d'intossicazione generale.

L'arteriografia mira a precisare la sede dell'obliterazione e la sufficienza circolatoria al livello in cui si vuole amputare. Queste due condizioni non sono di facile determinazione e non sono tra di loro in così stretto rapporto come potrebbe sembrare. Un'arterite in evoluzione può provocare uno spasmo a monte che oblitera completamente l'arteria. Ancora più difficile è l'apprezzamento della sufficienza circolatoria per la quale più che la permeabilità dei vasellini è importante la pronta scomparsa del liquido opaco. Ogni ristagno di questo è segno di stasi patologica. Infine l'assenza di collaterali iniettate non corrisponde a una cattiva nutrizione dei lembi poichè, la piccola quantità di liquido iniettato non basta a riempire tutte le arterie dell'arto e d'altra parte le vie anatomiche sono capillari e quindi invisibili.

Si comprende dunque con quanta prudenza si devono interpretare i dati dell'arteriografia. In una rivista di 20 casi raccolti dall'A., 5 casi erano stati amputati sui dati dell'arteriografia e su queste cinque amputazioni 4 erano state fatte troppo alte o troppo basse. Questa forte percentuale di errori e i pericoli inerenti all'arteriografia non consigliano la generalizzazione del metodo.

L'A. conclude affermando che la clinica conserva ancora tutti i suoi diritti in questo campo. In tutti i casi in cui lo stato generale lo permette sarà bene attendere. Il solco di eliminazione e la scomparsa dei dolori sono due elementi clinici di grande importanza per giudicare del momento e del livello in cui si deve amputare.

L'altezza dell'amputazione va regolata sopratutto in base all'efficienza della circolazione collaterale e questa si può studiare col Pachon e con l'iperemia provocata (prova di Moskowicz).

G. Pacetto.

A proposito di un caso di edema di Quincke con iperemia emicongiuntivale bilaterale e di un caso d'emiorticaria.

(A. Lunedei. *Rivista Oto-Neuro-Oftalmologica*, luglio-agosto 1929).

L'esame del sistema capillare può essere fatto con due differenti criteri: o si esaminano le singole proprietà dei capillari coi vari metodi di ricerca, oppure si volge l'attenzione allo svolgimento dei tre meccanismi di regolazione dell'attività dei capillari: nervoso, umorale, tissurale.

L'A. ritiene che il secondo criterio in genere e l'esame della regolazione in specie, abbiano la maggiore importanza nello studio della patogenesi di svariate manifestazioni morbose. I tessuti regolano il calibro e la permeabilità dei capillari a seconda dei loro bisogni, a traverso l'azione dei prodotti del loro ricambio.

Il mezzo di indagine logicamente il migliore per valutare come si compia questa regolazione tissurale dei capillari è quello di provocare artificialmente in un determinato territorio, una alterazione di circolo. Con un laccio o con un bracciale si provoca in un braccio stasi venosa o ischemia e si osservano i fenomeni a carico dei capillari cutanei durante la interruzione di circolo e dopo il ristabilimento di esso. Numerosi e vari sono i fenomeni osservati: cianosi a chiazze, iperemia recettiva, parestesie, manifestazioni ponfoidi ed emorragiche ecc.

L'A. ha studiato minutamente nei riguardi della fisiopatologia dei capillari un caso di edema di Quincke con iperemia emi-congiuntivale bilaterale ed un caso di emi-orticaria.

In entrambi i casi ha riscontrato presente il sintoma di Wojatscheck cioè: l'esistenza di chiazze bianco-grigiastre con suffusioni bluastre localizzate al setto o sui turbinati medio e inferiore.

L'A. ha ricercato il detto sintoma in molti pazienti: il fenomeno è frequente nell'asma, frequentissimo nella coriza vasomotoria; lo ha poi riscontrato presente in casi di cefalea, in soggetti facili alle crisi di orticaria ecc.

Nei soggetti portatori di tale sintoma, la capillaroscopia ha rivelato dilatazione del tratto venoso dei capillari terminali e spasmo del tratto arterioso.

Riguardo alla genesi l'A. ritiene che il fenomeno sia dovuto ad alterazioni delle pareti dei capillari con conseguente alterazione della loro permeabilità oppure ad alterazioni dei tessuti extracapillari con conseguente alterazione della autoregolazione tissurale della funzionalità dei piccoli vasi.

VICENTINI.

Le acrocianosi.

(P. N. DESCHAMPS. *Journal médical français*, luglio 1929).

S'intende per acrocianosi un'affezione caratterizzata prevalentemente da una colorazione cianica permanente ed indolore delle estremità.

S'inizia quasi sempre insidiosamente nell'infanzia e si accentua con la pubertà. Solo raramente si manifesta più o meno improvvisamente in seguito ad infezioni, a parto o a raffreddamento.

I sintomi cardinali sono la cianosi, il raffreddamento e i disturbi vaso-trofici delle estremità.

La tinta delle parti colpite può variare dal rosa vivo al violetto nero secondo la gravità, l'intensità del freddo, le ore del giorno. Per lo più è omogenea, ma può essere più o meno marezzata. Ha sede per lo più alle mani con prevalenza alla parte dorsale e può salire fino all'avambraccio. Gli arti inferiori, quando partecipano all'affezione, sono colpiti solo alle gambe (eritro-cianosi sopramalleolare). Meno frequentemente sono presi il naso, i padiglioni degli orecchi, i pomelli, la faccia posteriore del braccio, il limite inferiore delle regioni glutee. Nella maggior parte dei casi tutta la cute è più o meno livida. È permanente e non parossistica, con recrudescenze in rapporto alla temperatura esterna, ed è indolore.

Le parti cianotiche sono fredde al tatto e sono la sede di una sensazione permanente di freddo, che talvolta costituisce il disturbo più molesto.

I disturbi vaso-trofici sono costituiti dalla iperidrosi locale, e l'edema, che talvolta acquista una notevole intensità fino a dare alle estremità, specie alle mani, l'aspetto acromegalico o siringomielico.

L'acrocianosi è una malattia cronica che subisce molto l'influenza delle variazioni termiche, migliora d'estate, si aggrava d'inverno. Specialmente quella costituzionale, legata ad una neurosi vegetativa, è tenace e resistente ad ogni cura.

È interessante il fatto che essa non degenera mai in gangrena o ulceri trofiche, il che la fa distinguere dal morbo di Raynaud e dalla tromboangioite obliterante.

Complicazioni non frequenti possono essere date da infezioni, geloni, piodermiti, da formazioni tubercoloidi.

Si distinguono tre forme cliniche:

1) l'*acrocianosi anestesica* o *ipoestesica* caratterizzata da disturbi sensitivi sempre molto netti sovrapposti alla cianosi, la cui intensità ed estensione può far supporre la siringomielia;

2) l'*acrocianosi ipertrofica*, nella quale le estremità cianotiche aumentano di volume specie alla radice delle dita ed al dorso delle mani derivante non da infiltrazione sierosa, ma da iperplasia del tessuto cellulare, una specie di scleroderma;

3) l'*acrocianosi atrofica* molto rara.

L'acrocianosi può associarsi ad altre affezioni vaso-motorie e trofiche delle estremità, al morbo di Raynaud, all'eritromelalgia, alla sclerodermia, all'orticaria, all'acroparestesia.

Negli individui affetti da acrocianosi si trovano spesso disturbi vago-simpatici e neurotici: instabilità, emotività, astenia psichica intermittente, cardiospasmi, dolori epigastrici, ipercloridria, diarrea o stipsi, colite, palpitazioni, extra-sistoli, bradicardia, tachicardia parossistica, crisi anginoidi, ecc.

La diagnosi differenziale va posta con le diverse cianosi d'origine cardiaca, pulmonare o da cause generali, con l'eritremia, con l'eritrose di Bechterew, caratterizzata da un arrossamento costante del viso e delle estremità, con l'edema azzurro di Charcot, quasi sempre unilaterale ed accompagnato da paresi o contratture, da dolori e edemi e sopravveniente in seguito ad emozioni o trauma.

La distinzione deve essere fatta sopra tutto con il morbo di Raynaud, con l'eritromelalgia e con l'arterite obliterante giovanile.

Il morbo di Raynaud ha carattere parossistico, doloroso, ulcerante. La distinzione è meno facile quando manca la gangrena e quando l'acrocianosi decorre parossisticamente.

L'eritromelalgia decorre con crisi parossistiche di dolore, arrossamento e gonfiore provocate dal calore, e predomina agli arti inferiori. D'altra parte le parti eritromelalgiche sono calde al tatto.

L'arterite obliterante giovanile si diagnostica per i dolori a tipo di claudicazione intermittente, per la prevalenza del pallore della cute sulla cianosi, per la scomparsa del polso e dell'indice oscillometrico, per l'evoluzione rapida verso la gangrena con comparsa di ulcerazioni periungueali, per l'asimmetricità delle lesioni.

Interessante è anche la diagnosi etiologica dell'acrocianosi, che può essere funzionale, organica o riflessa.

Le forme funzionali sono le più comuni e sono legate a disfunzione delle glandule endocrine (insufficienza ovarica, tiroidea, ipofisaria o pluriglandulare).

Le acrocianosi organiche sono meno comuni. Possono essere dovute ad una lesione ma-

teriale delle vie simpatiche sia a livello dei centri vaso-motori che delle terminazioni periferiche. Si osservano nei catatonici, nelle affezioni mesocefaliche ed anche nell'emorragia cerebrale. Può essere in rapporto con lesioni dei nervi periferici ed in tali casi l'acrocianosi si associa all'acrocontrattura.

L'acrocianosi riflessa può essere dovuta all'azione del freddo o dei traumi.

Il trattamento locale consiste nell'applicazione della seguente pomata:

Estratto di hamamelis	gr.	0.06
Ergotina	»	0.40
Ittiolo	»	1
Sapolan	»	20
Cold cream	»	30

o nell'applicazione una volta la settimana di compresse imbevute di soluzione iodo-iodurata e negli altri giorni della seguente soluzione astringente:

Allume	gr.	5
Borace	»	5
Tintura di benzoino	»	15
Acqua di rose	»	300

Buoni risultati dà l'opoterapia a base di estratti tiro-ovarici (ogni giorno 40 cgr. di estratto ovarico e 10 cgr. di estratto tiroideo).

Layani ha adoperato con successo l'insulina (iniezione biquotidiana di 10 unità d'insulina).

L'estratto del lobo posteriore dell'ipofisi dà qualche risultato solo se adoperato per via endovenosa.

Il cloruro di calcio (4 gr. al giorno per 20 giorni) ha dato risultati vari.

Il trattamento chirurgico (simpatectomia periarteriosa) non è consigliabile.

La cura deve essere integrata dalle applicazioni elettriche (galvanizzazione, faradizzazione o alta frequenza), dalle applicazioni calde (bagni o doccie calde, diatermia) ed anche dalla radioterapia. DR.

RICAMBIO IDROCARBONATO.

Sulla cura e sulla concezione del diabete mellito.

(HEIBRG. *Acta Med. Scandin*, n. 1, 1930).

L'uso dell'insulina ha particolare interesse per le forme più giovani di diabete mellito; e l'applicazione delle moderne terapie ci permette di considerare sotto un punto di vista più favorevole la sorte delle persone anziane, per le quali è lecito augurarsi una notevole diminuzione del diabete: oggi esse rappresentano ancora la più alta percentuale di questa malattia e le recenti statistiche Danesi lo dimostrano. Ora la causa della degenerazione delle isole del pancreas negli anziani è da ricercarsi sopratutto in quelle stesse cause che provocano la pinguedine, e va, via via, facendosi più frequente man mano che, col prolungarsi della vita, aumenta la tendenza alla vita sedentaria e alla corpulenza. Un controllo preventivo di queste cause può portare a buoni risultati.

I giovani vanno trattati con l'insulina e con una dieta che sia progressivamente più generosa; si ricordi che non si deve dare eccessiva importanza alle proteine e alla loro possibilità di influenzare il ricambio dello zucchero, e che è necessario mantenere invariato il numero delle calorie giornaliero; se il peso aumenta, cioè se compare la tendenza alla pinguedine bisogna accrescere anche l'insulina.

Il consumo dell'insulina deve dipendere non solo dal vitto, dal movimento muscolare, ecc., ma anche da quel fattore che, con una sola parola, si dice « peso del corpo ». La cura va fatta perciò tenendo conto sempre di due elementi: il tasso dello zucchero nel sangue e il peso del corpo.

Nel diabete giovanile la somministrazione dell'insulina è necessaria; e spesso non è neppure possibile mantenere la scarsa tolleranza che rimane ancora in principio; tutte le riserve sono, in questi casi, esaurite.

Il diabete dei vecchi è, come si è detto, assai più lieve, ma appunto per questo, talora, facilita quelle trasgressioni al regime dietetico che, a lungo andare, possono provocare gravi complicazioni.

Il peso del corpo ha una grande importanza, esso ci consiglierà nel regolare le direttive per la cura; i malati grassi saranno curati sopratutto con il dimagrimento, i magri con l'insulina, o per lo meno una cura deve associarsi all'altra se si vuole che il trattamento insulinico non fallisca. La difficoltà spesso incontrata a conservare ad un livello normale il tasso della glicemia si è dimostrata una semplice questione di peso corporeo.

Il doppio argomento del controllo della glicemia e del peso domina dunque le vedute dell'A. e nella prognosi e nella terapia del diabete.

Dal punto di vista terapeutico si ricordi che scopo della cura deve essere quello non di impedire incresciose complicazioni ma quello di ottenere una vera *restitutio ad integrum*.

Per giudicare la gravità di un caso di diabete occorre calcolare la quantità di calorie per kg. con cui il paziente resta del tutto privo di zucchero e nel sangue e nelle urine, e anche l'altezza e il peso debbono essere tenuti di conto in rapporto alla calorie. L'uso delle « diete di passaggio » è da condannare senz'altro perchè invece si deve cercare di portare subito il paziente a quel tenor di dieta che non lo obblighi a ricorrere ad alte dosi di insulina e possa, d'altra parte, essere prolungato anche in seguito. Si raccomandi infine il movimento muscolare che come è noto diminuisce la richiesta dell'insulina e, da Allen, è stato giudicato « una forma vera e propria di iponutrizione ». V. SERRA.

Acidosi da ipoglicemia.

(MARAÑON. *Medicina Ibera*, 1930, n. 641).

E' idea corrente che l'acidosi sia un fenomeno legato all'iperglicemia e che quindi gli stati acidosici vadino trattati sistematicamente con l'insulina. A lato invece degli stati di acidosi diabetici v'è un altro gruppo di acidosi con stato di ipoglicemia, come ha riferito l'A. alla Academia Nacional de Medicina di Madrid.

L'A., partendo dall'osservazione di un caso di M. di Addison venuto a morte in stato comatoso, con forte odore di acetone, senza che fosse stato riscontrato all'autopsia altra lesione all'infuori della distruzione totale delle glandole surrenali per un processo tubercolare calcificato, ha ricercato la riserva alcalina in 25 infermi, affetti da M. di Addison o da stato acidosico.

L'A. ha trovato valori normali nel 20 % dei casi, acidosi marcata nel 70 %, acidosi intensa nel 10 % e acidosi molto grave nel 3 %.

La cura insulinica aveva per effetto di aggravare lo stato degli infermi e l'acidosi, dimostrando quindi che tali stati erano legati ad ipoglicemia.

Ciò può essere spiegato, dato il meccanismo di produzione dell'acidosi: certamente si tratta di infermi che non dispongono di sufficienti molecole di idrati di carbonio per bruciare le proteine e i grassi; le riserve di idrati di carbonio, di glicogeno epatico, sono scarse, diminuzione che si accentua con la somministrazione di insulina, mentre l'acidosi aumenta.

L'acidosi addisoniana è quindi molto simile all'acidosi del digiuno, cioè è un'acidosi legata all'ipoglicemia. Ma l'acidosi per ipoglicemia, oltre che nel M. di Addison, può riscontrarsi in molte altre contingenze patologiche, come ad es. in molti infermi gravi dell'apparato digerente, negli stati di inanizione per mancanza di alimentazione o per vomiti ripetuti, negli stati epilettici con attacchi subentranti, ecc.

In tal modo potrebbero spiegarsi le acidosi degli uremici, specie di quelli che entrano in ospedale in coma e passano vari giorni senza alimentazione.

Tale opinione sembra possa essere sostenuta per il miglioramento di questi infermi in seguito alle iniezioni di siero glucosato, con le quali si modificano le condizioni organiche, si ristabilisce il metabolismo degli idrati di carbonio sino a giungere in alcuni casi ad una guarigione temporanea degli infermi.

Ma, oltre a queste acidosi, ve ne sono altre. Così l'acidosi della gravidanza, l'acidosi degli ipertiroidei, sono acidosi da ipoglicemia, nelle quali la somministrazione di insulina può determinare gravi crisi ipoglicemiche.

L'acidosi da ipoglicemia si può dunque ammettere al pari di quella da iperglicemia: in clinica non sempre i casi sono così semplici, poichè la stessa acidosi diabetica può a volte essere del tipo ipoglicemico ed il tipo diabetico con iperglicemia può divenire diabetico ipoglicemico e pertanto provocare l'acidosi con ipoglicemia.

A. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Dott. V. MONTESANO. *Manuale di malattie cutanee ad uso dei medici pratici e degli studenti.* Vol. II. Pagg. XII-432, con 44 figure intercalate nel testo. Ed. Luigi Pozzi, Roma, 1928. Prezzo L. 60.

Segnaliamo all'attenzione dei colleghi la recente pubblicazione del secondo volume di questo prezioso Manuale di Malattie Cutanee. Possiamo coscenziosamente affermare che la lettura di questa seconda ed ultima parte del pregevole lavoro ha rafforzato in noi il convincimento, già espresso nel recensire il primo volume, che l'A. ha corrisposto magistralmente al compito prefissosi di offrire ai medici pratici e agli studenti una chiara e sintetica descrizione delle sindromi cutanee con giusto equilibrio nella trattazione dei vari argomenti e sobria e concettosa esposizione di quanto di teorico è necessario alla razionale interpretazione dei sintomi clinici e alla deduzione delle norme terapeutiche.

Il volume di circa 400 pagine con 44 nitide figure intercalate nel testo tratta i seguenti argomenti: Affezioni degli annessi e delle appendici cutanee - Anomalie della pigmentazione - Tumori - Malattie infettive specifiche e parassitarie - Pitiriasi rosea - Psoriasi - Lichen ruber - Dermatosi dei lavoratori - Dermatosi simulate.

Anche questa parte è corredata da ampie notizie bibliografiche che sono di prezioso aiuto alle ricerche degli studiosi.

E. PERSICHETTI.

R. SABOURAUD. *Pélades et alopécies en aires.* Masson, Paris, 1929, pag. 378, fig. 179, Fr. 80.

Il trattato sulle malattie del cuoio capelluto di cui Sabouraud ci aveva già dato quattro volumi, uno dei quali, quello sulle tigne, va annoverato tra i classici della dermatologia, termina con questo quinto libro in cui sono trattate le alopecie areate. Questo volume, come i precedenti, è frutto di decenni di osservazione e di ricerca e, per quanto negative siano le conclusioni nei riguardi delle conoscenze sulla precisa natura della alopecia areata, si può affermare che non si poteva in modo migliore fissare lo stato attuale delle nostre nozioni intorno all'area di Celso e alle malattie affini.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

La prima parte del volume è riservata allo studio clinico delle lesioni locali, all'enumerazione e alla descrizione delle loro principali varietà, alla diagnosi differenziale della malattia in confronto di tutte le affezioni a sintomi analoghi. Nelle parti successive l'A. affronta la ricerca delle cause e dei meccanismi che possono produrre l'alopecia areata, discutendo alla stregua dei fatti tutte le teorie etiopatogenetiche sin qui emesse.

Il bel volume, ricco di nitide illustrazioni, chiude degnamente la magistrale opera del grande dermatologo francese.

M. MONACELLI.

E. JUSTER. *Traitement des affections neurocutanée.* Masson, éd. Paris, 1929, pagg. 126, Prezzo Frs. 14.

Le affezioni neuro-cutanee sono secondo Juster tutte le dermatosi per il determinismo delle quali bisogna ammettere l'esistenza di un vasto sistema regolatore delle funzioni cutanee, formato dal sistema nervoso centrale e periferico, dal sistema umorale e da quello circolatorio. Una gran parte di queste dermatosi è rappresentata dai pruriti a cui sono da aggiungere tutte quelle sindromi che andavano anche sotto il nome di trofo-nevrosi (dalla vitiligine al morbo di Raynaud, dall'ulcera perforante all'eritrocianosi sopramalleolare). Tutte queste affezioni che Juster chiama anche neuro-umoro-circolatorie dovrebbero essere riunite a formare una speciale branca della dermatologia e precisamente la neuro-dermatologia. In questo volumetto, dopo brevi accenni patogenetici, che potranno sembrare insufficienti a chi non conosca le numerose pubblicazioni precedenti dell'A. sull'argomento (per lo più in collaborazione con Lévy-Franckel), sono ricordati per ogni affezione i metodi terapeutici locali e generali più raccomandabili. M. MONACELLI.

G. BILANCIONI. *I Curiosi della natura. Galeno.* Un vol. in-16° di 136 pag. Agnelli, Milano 1930. L. 25.

Balza viva dalle pagine del Bilancioni la complessa figura di Galeno, di questo enciclopedico della medicina e della biologia, che dominò, con il suo sistema intangibile, quasi tirannico fino al secolo XVI. E noi qui impariamo a conoscere Galeno anatomico, fisiologo; patologo e clinico, igienista, medico-legale ed anche storico e filosofo.

Ma è soprattutto come terapista che ci è tramandato il nome di Galeno, il quale riconosce quale fattore fondamentale la *vis medicatrix naturae* ed afferma che il medico è *aemulus et minister Naturae.*

Certamente molte delle sue nozioni anatomiche e fisiologiche, le sue teorie ci fanno oggi sorridere; ma che si penserà, fra una ventina di secoli dei nostri batteri?

Lo studio della vita di questi grandi uomini della medicina e lo studio della loro attività, specialmente se esposti come questa in una sintesi efficace e completa, ci è di grande ammaestramento e di notevole utilità.

fil.

A cura della Società Italiana di Genetica ed Eugenica, che ha lo scopo di promuovere ed appoggiare quelle ricerche e quelle iniziative che tendono a perfezionare le conoscenze sulle leggi dell'ereditarietà e sul miglioramento delle razze, è apparso *Le problème eugénique en Belgique*, il primo volume della Biblioteca Internazionale di Eugenica. S'inizia così una collezione di importanti pubblicazioni, che tratteranno argomenti di attualità sui problemi della decadenza, della vitalità e della potenzialità dei popoli.

E' già in corso di stampa anche il secondo volume, dove sono riuniti gli studi italiani sull'eugenica.

In tempi di profondo utilitarismo l'indagare i problemi genetici appare a molti cosa del tutto inutile, ma queste conoscenze naturalistiche sono fondamentali per la medicina e per le scienze applicate, che non potrebbero reggersi se non si appoggiassero alle scienze pure.

Per il volere fattivo del presidente della Società Italiana di Genetica ed Eugenica, prof. Corrado Gini, viene offerta ai cultori di demografia, genetica, sociologia, biologia, politica e medicina uno studio di sommo interesse, e viene consentita una maggiore volgarizzazione sulle necessità vitali delle razze.

Le problème eugénique en Belgique è una raccolta, in francese, delle pubblicazioni apparse e delle conferenze tenute nel Belgio per lo studio, la volgarizzazione e l'avvenire dell'eugenica, presupposto di ogni sana politica demografica e di ogni avvenire medico.

Nei libri è trattata, in forma facile e piacevole, tutta la dottrina eugenica. Nei vari capitoli sono esposti esaurientemente tutti gli aspetti del problema eugenico, che è considerato in rapporto ai fattori sociali, morali, religiosi, politici, senza astrarsi dalla vita e dalla società.

Non è possibile fare alcun succinto sommario. Dalla lettura risalta chiara tutta l'attività compiuta nel Belgio per il miglioramento della razza.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Ospedale Maggiore di San Giovanni Battista in Torino.

Seduta del 24 aprile 1930.

Il prof. Pescarolo dà lettura della sua comunicazione sulle disposizioni di S. E. il Prefetto di Torino in rapporto alle conclusioni del *referendum sul carcinoma del collo uterino* ed osserva che è la prima volta che si organizza un simile servizio sanitario: coll'aiuto delle Autorità della Provincia e del Comune, la propaganda per la profilassi e la diagnosi precoce del carcinoma uterino sarà portata d'ufficio fin nei più umili strati sociali, là dove non potè finora penetrare la parola nè del medico nè dell'igienista.

Un anno di studi fisio-biologico-terapeutici colle emanazioni radium.

Prof. Pochettino e Dott. Foà. — Gli OO. portano a conoscenza e descrivono gli apparecchi in uso presso il reparto per la taratura dei tubi di Radon, da usarsi sia sperimentalmente, sia per la terapia dei tumori. Riportano le esperienze fatte (in collaborazione con G. Galli) su alcune specie di microrganismi, in cui conclusero che mentre le radiazioni β e γ hanno scarsissima azione battericida, sono le radiazioni α quelle che hanno un potere battericida diretto sui microbi.

Quest'azione battericida è quasi immediata su culture liquide ed è, entro certi limiti, proporzionale all'attività radiante ed inversamente proporzionale alla quantità di substrato ed al numero dei germi.

Concludono dichiarando che l'emanazione di radio non deve essere intesa a sostituire l'uso dei sali di radio, ma essere usata in quei casi in cui è possibile fare un trattamento ambulatorio, risparmiando così e riservando a casi particolari i sali di radio, evitando, nei limiti del possibile, la spedalizzazione del paziente, contribuendo perciò a rendere il più attiva possibile la battaglia così nobilmente intrapresa.

La forma anemica del carcinoma gastrico.

Prof. Pietra. — L'O. ricordando l'importanza dell'anemia nel quadro del carcinoma gastrico, anemia assai spesso di marcata gravità, ne accenna le caratteristiche che se nella maggior parte dei casi sono riconducibili a quelle di un'anemia a tipo clorotico, talvolta invece (come in uno dei casi riportati) sono quelle di un'anemia a tipo pernicioso o meglio perniciosiforme, in quanto, non si sovrappone esattamente al quadro dell'anemia perniciosa tipica.

L'anemia costituisce pertanto un elemento diagnostico di prim'ordine nel quadro del carcinoma dello stomaco non solo, ma si può veramente parlare di *una forma anemica del cancro gastrico*, in casi in cui l'anemia è la nota non solo precoce ma dominante e si può dire, unica del quadro di un cancro dello stomaco che si svolge nel silenzio di altri sintomi sì da rendere assai spesso difficile negli inizi e talvolta per lungo tempo, la constatazione della reale natura del male.

Ricerche sulla fissazione del piombo nei tessuti.

Dott. Antonioli e Villata. — Gli OO. hanno studiato, con ricerche chimiche quantitative, la distribuzione del preparato di piombo non colloidale nei tessuti dell'organismo. Essi distruggevano la sostanza organica con l'acido cloridrico e il clorato di potassio ed eseguivano l'analisi quantitativa per mezzo della pesata diretta del piombo ridotto a solfato di piombo puro. Le ricerche furono eseguite sugli organi di conigli precedentemente trattati con iniezione endovenosa (attraverso la vena marginale dell'orecchio) del preparato e sugli organi di due individui affetti da tumori maligni e venuti a morte a non molta distanza di tempo dalla cessazione della saturnoterapia. Le conclusioni degli OO. possono essere così riassunte:

1) Il preparato di piombo Dezani, analogamente a quasi tutti gli altri preparati studiati dai precedenti autori, si localizza prevalentemente nel fegato, seguito in ordine decrescente dai reni, dalla milza, dai muscoli, dai polmoni, ecc.

2) Puramente ipotetica deve essere considerata, secondo le analisi dei due autori, l'azione elettiva o quanto meno la fissazione elettiva del metallo nelle parti neoplastiche rispetto a quelle omologhe sane. Nei due casi studiati, anzi, si ebbe rispettivamente una fissazione minima e nessuna fissazione apprezzabile nella massa del tumore.

3) Per contro, con l'iniezione locale in un determinato tessuto, di una sostanza ricca di fosfati (bioplastina) o di una soluzione di bicarbonato di sodio, subito prima della introduzione endovenosa del preparato Dezani, ottennero sempre nel tessuto iniettato, una localizzazione del piombo molto più intensa che nei tessuti circostanti.

Ritengono che in questo senso sia giustificato continuare le ricerche che potrebbero aprire nuove vie nel campo della saturnoterapia.

Sulla diagnosi precoce del cancro dell'utero.

Dott. Tito Cuizza. — Riferisce sulla propria esperienza di alcuni metodi per diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero, proposti recentemente. Egli ha controllato il valore di questi metodi sulle ammalate presentatesi nell'ambulatorio del prof. Herlitzka nell'Ospedale Maria Vittoria.

Il metodo della diagnosi istologica del carcinoma del collo uterino mediante striscio di materiale prelevato con ansa di platino, fissato in alcool e colorito col Giemsa, proposto da Babes, e da qualche autore applicato, non è stato sempre sufficiente a stabilire una diagnosi sicura anche dove la diagnosi clinica lasciava fortemente sospettare il carcinoma e la biopsia lo ha in seguito confermato.

Egli crede che l'ansa di platino non sia adatta per il prelievo nei casi in cui non vi è ancora disgregazione del tessuto neoplastico. Ha pure controllato il valore diagnostico del raschiamento diagnostico in casi di carcinoma del corpo. Anche qui i risultati furono poco convincenti e malsicuri. Riferisce infine i risultati avuti con la prova di Schiller cioè la pennellazione iodoiodurata della *portio* per il riconoscimento delle forme iniziali di carcinoma pavimentoso. Questa prova è fondata sul fatto che, mentre la mucosa

normale si colora in bruno-scuro col iodio, grazie al suo contenuto in glicogeno, la superficie carcinomatosa non ne contiene affatto o solo in scarse quantità e quindi si colora in giallognolo chiaro. Egli conclude per questa prova che se pure « jodo-negativa » non significa « carcinomatoso » in quanto altre lesioni possono essere iodo-negative, tuttavia la prova serve per orientamento al chirurgo che deve fare la biopsia nel senso che precisa il punto ove va fatto il prelievo diagnostico.

Comunque, in ogni caso, la biopsia con escissione cuneiforme di una parte del tessuto sospetto, resta il metodo più sicuro per la diagnosi istologica del carcinoma.

Il prof. Morpurgo ha parole di elogio per le interessanti comunicazioni del Cuizza. È pienamente consenziente nell'affermazione del Cuizza, che non si possa fare diagnosi sicura sopra uno striscio di materiale prelevato secondo il metodo di Babes in quanto è noto che la maggior atipicità cellulare nel cancro uterino, si riscontra negli stati profondi, sopra tutto nelle forme iniziali.

È favorevole all'applicazione del metodo della pennellazione con tintura di iodio della portio-uterina, in quanto consente un rapido e sufficientemente sicuro orientamento sul tratto ove occorre prelevare il pezzo per la biopsia. È infine d'accordo col Cuizza nel ritenere che sia necessario prelevare il pezzo per la biopsia a tutto spessore o per lo meno ad una notevole profondità, potendo essere insufficiente il prelievo puramente superficiale come qualche A. avrebbe proposto, mediante cucchiaio tagliente.

Sulla riattivazione dell'endometrio senile.

Dott. Ivo Davanzo. — L'O. espone sei casi di tumori ovarici sviluppati in età post-climaterica ed accompagnati da metrorragie che avevano talvolta persino carattere ciclico. L'esame istologico aveva messo in evidenza in tre casi dei sarcomi, in due casi dei carcinomi, ed in un caso un folliculoma ovarico. In tutti questi casi l'utero non presentava alterazioni neoplastiche ma bensì, nonostante l'età post-climaterica delle pazienti, una ipertrofia o iperplasia ghiandolare o cistica dell'endometrio, come si riscontra in certe forme di metropatie emorragiche funzionali.

Sebbene la natura ormonica di queste emorragie non sia ancora sufficientemente dimostrata, specie nei casi di tumori ovarici di natura connettivale, l'O. crede che questa ipotesi sia tuttavia la più logica e la più soddisfacente.

Il Segretario: Dogliotti.

Società Italiana Fascista di Studi Scientifici sulla tubercolosi.

Sezione di Palermo.

Seduta del 20 marzo 1930.
Presidente: Manfredi.

Sul pneumotorace spontaneo in seguito ai primi interventi per l'istituzione del pneumotorace terapeutico.

Fici. — Mette in rilievo come tale incidente sia stato finora poco considerato. Divide i propri casi (12 su 300) a seconda la gravità media e lieve.

Per la patogenesi invoca il microtrauma su vescicole polmonari sottopleuriche in stato di rigidità enfisematosa, per effetto della puntura dell'ago da pneumotorace, o di lacerazioni prodotte dallo stiramento di aderenze pleuriche. Espone il trattamento dell'incidente.

Sopra alcuni inconvenienti dovuti a ritardato rifornimento nella cura del pneumotorace terapeutico.

Ciriminna. — Presenta tre casi clinici documentati da controlli radiografici.

In complesso le alterazioni che si producono per ritardato rifornimento sono diverse, a seconda che il ritardato rifornimento avviene in primo tempo della cura quando il processo di vegetazione connettivale e formazione di tessuto fibroso, che si determinano per pneumotorace sono ancora limitate alle zone del polmone ammalato o più ammalato o che il ritardo al rifornimento avviene in un periodo avanzato della cura, quando la connettivazione è estesa a tutto il polmone.

Nel primo caso predominano i fenomeni di riespansione nelle zone precedentemente meno affette del polmone onde riaccensione del processo morboso e formazione di essudato pleurico, fatti che sono curabili con la ripresa dei rifornimenti.

Nel secondo caso predominano i fatti di spostamento verso il lato ammalato degli organi vicini, specie del cuore con eventuali disturbi circolatorii e fatto di retrazione della parete toracica del lato affetto.

Risultato e significato della spleno-terapia nella tubercolosi polmonare.

Piazza. — Con una tecnica speciale ha ottenuto dalla massa splenica una frazione perfettamente identificabile per i suoi caratteri fisico-chimici e l'ha adoperata in individui affetti da tubercolosi polmonare diffusa, con grave tossiemia.

Gli effetti sono stati lenti a comparire, proporzionali alle dosi adoperate ed hanno avuto coincidenza in linea di massima, con quelli ottenuti da altri AA. con gli estratti globali, solo però non si è avuta alcuna azione diretta sulla crasi sanguigna, che invece è molto evidente con gli estratti globali. Il che fa supporre che l'azione benefica sull'andamento del processo tubercolare polmonare è indipendente da quella diretta sulla massa globale sanguigna, e nei soggetti in esame la milza probabilmente si può trovare in condizioni di insufficienza funzionale e che forse la somministrazione di tale frazione potrebbe restituire, o direttamente come prodotto di sostituzione o indirettamente come omostimolante, all'organismo ammalato il *quantum* di funzione splenica necessaria. *Il Segretario*: A.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 14 aprile e del 5 maggio 1930.
Presiede: Bacialli.

Tubercolosi primitiva della mammella.

Cipollino. — Presenta un caso clinico di tubercolosi della mammella, ne discute la patogenesi e la terapia. Crede di poter formulare una diagnosi di tubercolosi primitiva della mammella dal punto di vista clinico, perchè clinicamente non sono dimostrabili nella paziente altri focolai morbosi.

Ancora un altro caso di granulosis rubra nasi.

Jona. — Presenta un terzo caso di G. R. N. che si differenzia dagli altri per il fatto che la manifestazione cutanea si accompagna ad una diminuzione della reattività profonda, con una notevole alterazione del liquor, specie caratterizzato da aumento delle globuline, sintomi che sono da mettere in conto di una lesione organica del neurasse. Fa un parallelo tra la sindrome osservata e la acrodinia infantile mostrando i punti di contatto e le differenze tra le due malattie ed augura che una ricerca sistematica delle alterazioni del sistema nervoso nelle G. R. N. non venga mai trascurata.

Considerazioni di un medico pratico sulla cura della febbre tifoide.

Marella. — Riferisce i risultati ottenuti nella cura della febbre tifoide colla lattoterapia e coll'associazione delle iniezioni di latte con iniezioni endovenose di urotropina.

Su 30 casi di febbre tifoide in cui egli ha praticato l'iniezione di latte ha ottenuto:

in 8 casi la guarigione abortiva,
in 5 casi la guarigione per rapida lisi,
in 17 casi, in cui ha associate le iniezioni endovenose di urotropina, un decorso più breve e più mite della malattia.

Consiglia l'uso precoce della lattoterapia anche nei casi solo sospetti.

Sopra un caso di paralisi del facciale da malattia di Heine-Medin.

Bonini. — Ricordati i casi raccolti nella letteratura, di paralisi del facciale a tipo periferico attribuiti a malattia di Heine-Medin, riferisce sopra un caso osservato durante l'epidemia di malattia di Heine-Medin nella provincia di Novara, nell'estate del 1929.

Si tratta di una bambina che oltre a una paralisi del facciale sinistro, presentava una paresi dell'arto inferiore sinistro, paresi che scomparve dopo pochi giorni dall'inizio.

Interessante in questo caso il reperto del L.C.R. con carattere di reazione meningea.

Sulla diagnosi differenziale tra malattia mitrale acquisita e cardiopatie congenite.

Sacchetti. — Dopo aver ricordato i pochi casi descritti nella letteratura, di malattia mitrale con soffio prevalente alla base simulante una cardiopatia congenita, ne discute le difficoltà diagnostiche e conclude che solo le ricerche elettrocardiografiche e specialmente radioscopiche possono dare l'indicazione diagnostica esatta.

Casistica clinica delle schegge endobulbari.

Duc. — Descrive 4 casi di schegge endobulbari estratte mediante l'elettrocalamita. Espone la tecnica usata, i risultati ottenuti confrontandoli con quelli meno buoni ai quali si perveniva quando non si disponeva dell'ausilio terapeutico di tale prezioso strumento. Insiste sull'opportunità di intervenire precocemente dipendendo in gran parte da tale fatto la prognosi di queste affezioni.

Termina la sua trattazione citando esperimenti di schegge portate in bulbi di maiali ed in occhi di conigli vivi.

La terapia di aria irradiata nella tubercolosi infantile.

Sechi. — Parla del presunto meccanismo d'azione delle inalazioni di aria irradiata ed accenna alle differenze tra queste inalazioni e l'irradiazione ed inalazione insieme dei raggi ultravioletti. Nella cura delle diverse forme tubercolari infantili, preferisce le inalazioni di aria irradiata. Tratta quindi delle indicazioni e controindicazioni terapeutiche e spiega la tecnica del metodo di cura.

Sulla diagnosi radiologica della calcolosi urinaria.

Giubertoni. — Illustra alcune interessanti radiografie delle vie urinarie inferiori e mette in guardia contro la possibilità di alcuni errori diagnostici, che possono facilmente essere evitati quando l'esame radiologico è fatto sotto la guida e con l'aiuto dell'urologo. In uno dei casi riportati si tratta di una calcificazione in ovaio tubercolizzato, in un altro di un tumore del parovaio grande come un uovo di piccione.

L'uretere radiografia e la cistografia mostrano che l'apparato urinario escretore non è in causa. La diagnosi clinica viene confermata dall'atto operativo (dott. Rinaldi.).

Tentativi sperimentali di estrarre dall'organismo tubercolotico, inalato con aria irradiata, una sostanza che abbia proprietà specifiche nel decorso della tubercolosi.

Sechi. — Partendo dal concetto che forse da un organismo tubercolotico inalato con aria irradiata, e quindi esaltato nei suoi poteri di difesa, si sarebbe potuta ricavare con tecnica appropriata, qualche sostanza avente azione specifica tanto contro il B. di Koch in vitro, quanto sull'organismo tubercolotico, nel senso di attenuare il decorso della malattia, ha intrapreso delle ricerche in proposito, e riferisce di aver ottenuto risultati molto interessanti ed incoraggianti, ma crede opportuno non esporre la tecnica usata per molte ragioni e non ultima quella che in seguito forse questa tecnica potrà o dovrà subire delle modificazioni.

Il Segretario: Dott. R. Rinaldi.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

L'ormone follicolare in forma cristallina.

Per l'estrazione dell'ormone follicolare dalla ghiandola ovarica sono stati elaborati metodi e procedimenti varii che forniscono prodotti assai impuri se pure dotati di una certa attività.

Del tutto recenti sono i tentativi di isolamento e di purificazione. La stampa medica mondiale registra i risultati ottenuti dagli americani Doisy e Thayer e dal tedesco Butenandt, i quali hanno tentato l'isolamento dell'ormone femminile in forma cristallina estraendolo dall'orina di donna gravida, che è notoriamente ad alto contenuto ormonico.

Contemporaneamente alle ricerche dei due autori stranieri altre sono state compiute da Frattini e Maino nella Sezione di biologia sperimentale dell'Istituto Biochimico Italiano e pubblicate nell'Archivio dell'Istituto stesso (febbraio 1930).

Tali ricerche eseguite con metodi di estrazione e di isolamento del tutto originali hanno permesso di raggiungere un'alta concentrazione dell'ormone che all'ultimo stadio di purificazione appare sotto forma di cristalli aghiformi. La sua attività, saggiata secondo i noti metodi di titolazione sugli animali castrati, è tale che la unità topo, secondo Laqueur, è contenuta in mg. 0,001. La sostanza cristallizzata, idrosolubile, è stata ottenuta applicando il metodo estrattivo, sia alla orina gravidica, sia alla ghiandola ovarica priva dei corpi lutei. Tale risultato, non ottenuto dai ricercatori stranieri, che hanno applicato i loro metodi estrattivi solamente alla orina di donna gravida, autorizza ad affermare che la sostanza cristallina rappresenti realmente l'ormone follicolare; tanto più che dalla orina femminile normale fuori del periodo mestruale e premestruale e dell'orina maschile non è stato possibile isolare la sostanza cristallina.

Lo studio chimico della sostanza estratta è in corso; però è già stato assodato che essa non contiene azoto, essendo negative le reazioni del biureto, di Millon e di Lassaigne. Molto accurato è lo studio delle proprietà fisico-chimiche, fra le quali figurano molte reazioni di precipitazione non segnalate finora da alcun autore. Particolare importanza ha quella parte del lavoro che tratta della titolazione dell'ormone ovarico. In essa sono precisate tutte le cautele di cui deve essere circondata la tecnica della titolazione fisiologica per avere i risultati attendibili e viene anche stabilito un preciso rapporto tra i valori delle diverse unità adottate (topo e ratto tipo Laqueur e tipo Allen). In tal modo è reso possibile riportare ad un punto di riferimento comune i dati raccolti dai varii autori, eliminando le apparenti discordanze dei risultati. A. P.

CASISTICA.

Stenosi pilorica sifilitica.

Nessuna particolarità sintomatica permette di distinguere la sifilide gastrica, che del resto gli anatomo-patologi considerano assai rara: 1:200 malattie organiche dello stomaco. Senza giungere a Castex che considera ogni ulcera gastrica espressione di eredolues, la sifilide gastrica è certo più frequente di quanto si crede.

Dumitresco e Stefanion (*Bull. de la Soc. des Hôp. de Paris*, 22 luglio 1929) ne riferiscono un interessante caso: si tratta di un individuo di 36 anni, che presentò dei fenomeni di stenosi pilorica con anacloridria e ipoacidità marcata, contemporaneamente aveva una aortite. L'esame radioscopico mostrò una quantità notevole di liquido di stasi. Stomaco ortotonico, nè ptosico, nè dilatato, con ipercinesi, onde peristaltiche e profonde specie a livello dell'antro. Questo e la parte ascendente dello stomaco formano un canale ristretto percorso a stento dal bario. La radiografia conferma i dati precedenti e precisa l'antro trasformato in canale, il cui margine inferiore presenta un diverticolo (nicchia). La stenosi canalicolare estesa non parla per una stenosi da ulcera, ma per una stenosi spastica o per una perigastrite. Clinicamente e radiologicamente la diagnosi è di stenosi pilorica, ma la natura? L'aortite fa pensare alla lues: una R. W. è positiva completa, onde si istituisce la cura specifica che porta alla scomparsa dei fenomeni clinici e radiologici. L'A. pensa si sia trattato di una gomma ulcerata (nicchia radiologica) dell'antro con deformazione e restringimento per perigastrite. L. Tonelli.

Due casi di tumori appendicolari: voluminoso nevroma ed epitelioma ghiandolare.

I tumori dell'appendice non sono quasi mai riconoscibili clinicamente: ciò si comprende pensando che essi ostruiscono rapidamente il lume dell'organo e questa ostruzione provoca degli accidenti infiammatori secondari che dominano la sintomatologia.

E. Picard e R. Appelmans (*Revue Belge des Sc. Méd.*, marzo 1929) hanno di recente osservato due casi interessanti di tumori appendicolari.

Il primo era un voluminoso nevroma le cui dimensioni sorpassavano considerevolmente quelle dei tumori simili finora conosciuti. Il portatore era un malato di 26 anni, età questa in cui il plesso nervoso della mucosa appendicolare raggiunge il suo massimo sviluppo; aveva inoltre sofferto di appendicite acuta: affezione questa che secondo Masson precede in gran numero di casi l'appendicite neurogena.

Nel secondo caso trattavasi di un cancro del-

l'appendice manifestatosi con i segni di una appendicite acuta e riconosciuto solamente all'esame istologico.

L'importanza dei casi simili a questo riportato dagli AA. sta nel prognostico post-operatorio.

I neuromi sono tumori benigni e per essi l'operazione è radicale. Non è lo stesso per i tumori epiteliali: quanto alla loro malignità bisogna fare distinzione fra carcinoidi e cancri ghiandolari. I primi sono per lo più benigni e non danno metastasi e non recidivano.

Gli epiteliomi ghiandolari invece hanno nell'appendice la stessa malignità che nell'intestino, ed anche dopo operati lasciano un prognostico molto riservato. VICENTINI.

Ernia paraduodenale destra e tubercolosi iperplastica isolata del tenue.

I. Masson e McJudol (*Surg., Gyn. a. Obst.*, 1930) riportano un caso di voluminosa ernia della fossetta paraduodenale destra comprendente due terzi dell'intestino tenue. Questo era enormemente dilatato a monte, mentre nel punto di uscita dalla porta erniaria del tratto a valle l'intestino si presentava fortemente stenotico a causa di un processo di tubercolosi iperplastica delle pareti e isolato a quel punto.

Gli AA. ricordano che sono riportati solo altri 32 casi di ernia paraduodenale destra e di questi solo 16 sono stati operati con esito raramente felice: solo 5 sono guariti. Anche la tubercolosi iperplastica isolata del tenue è assai rara: solo 7 casi hanno potuto trovare gli AA. nella letteratura.

Per la patogenesi tubercolosi iperplastica del loro caso ritengono che abbia parte la stenosi prodotta dall'anello dell'ernia analogamente a quanto succede per il ceco. V. GHIRON.

Ernie epigastriche e lesioni dello stomaco.

Le ernie epigastriche si accompagnano spesso a disturbi gastrici di patogenesi poco chiara, ma che scompaiono quasi sempre dopo la cura operatoria dell'ernia. Convinti di ciò si trascura spesso di indagare se dietro un'ernia della linea alba con disturbi gastrici, non esista anche una vera lesione dello stomaco ed è accaduto talvolta che un'ulcera od anche un cancro siano passati inosservati.

F. Papin (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 febbr. 1930) riferisce di aver operato una donna affetta da ernia epigastrica e disturbi gastrici, la quale tornò da lui dopo due mesi accusando ancora le stesse sofferenze: egli intervenne di nuovo e riscontrò la presenza di un'ulcera callosa della piccola curvatura, per la quale fece una piloro-gastrectomia. La donna è attualmente guarita.

L'A. riporta altri due casi nei quali i malati, operati altrove di ernia epigastrica, continuavano malgrado ciò a soffrire gli stessi disturbi di stomaco.

Ambedue erano affetti da cancro dello stomaco che fu trattato con gastrectomia.

Non si deve con ciò credere che i disturbi dolorosi delle ernie epigastriche abbiano sempre per causa un'ulcera o un cancro coesistenti.

È però necessario tenere ben presente queste evenienze e fare sempre, di fronte ad un'ernia epigastrica accompagnata da sintomi gastrici netti, un accurato esame dello stomaco dal punto di vista clinico, chimico e radioscopico.

Qualora poi resti qualche dubbio non sarà superfluo ricorrere anche alla laparotomia che può in qualche caso permettere di trovare la lesione e salvare il malato. VICENTINI.

L'ernia crurale dopo operazione di Bassini per ernia inguinale.

Vallone (*Annali Italiani di Chirurgia*) riferisce 5 casi di ernia crurale determinatisi in seguito all'operazione di Bassini per la cura radicale di un'ernia inguinale. L'A. da ricerche sperimentali sul cadavere ha potuto mettere in evidenza le deformazioni, che subiva l'anello crurale in seguito ad applicazione non corretta del metodo di Bassini, e che consistevano sopratutto in un ingrandimento ed una notevole deformazione che portano ad un certo indebolimento dell'anello per cui è possibile la formazione di un'ernia crurale. Questo succede tutte le volte, che, nella ricostituzione della parete posteriore del tragitto inguinale, si comprende nella sutura un tratto del « triplice strato » superiore a 2-3 cm., per cui i muscoli vengono ad esercitare sull'arcata inguinale una forte trazione, spiccata specialmente a livello dell'anello crurale. È norma di buona chirurgia perciò attenersi alla descrizione del Bassini nella ricostituzione della parete posteriore, e considerare i 2-3 cm. come il massimo da non oltrepassare mai.

V. LOZZI.

TERAPIA.

L'uso dei medicamenti irradiati.

È noto che alcune sostanze possono essere « attivate » per mezzo dei raggi ultravioletti, in modo tale che la loro ingestione produce effetti simili a quelli dei raggi ultravioletti stessi. Il fatto è stato riconosciuto per il latte, le farine, gli olii, ecc. Una delle sostanze più usate a scopo terapeutico è l'ergosterol irradiato, che è stato felicemente applicato in diverse malattie.

Non si deve però dimenticare che anche questa sostanza può essere nociva. Sperimentalmente, si sono osservati nei conigli diversi sintomi di intolleranza, quali anoressia, pelo irto, disturbi digerenti. Nell'uomo, le dosi terapeutiche avrebbero provocato dei disturbi digerenti, vomiti, febbre, albuminuria. Nei bambini tubercolotici, hanno determinato un miglioramento netto delle lesioni locali tubercolari, ma talvolta anche dei sintomi di intol-

leranza (malessere generale, anoressia, perdita di peso e talora disturbi urinari). Nell'uomo si sono avuti disturbi digerenti, febbre, albuminuria.

Gli inconvenienti dei medicamenti irradiati sarebbero il corollario della loro attività, in quanto che gli incidenti che provocano sarebbero in rapporto con l'esagerazione degli effetti, cioè con un eccesso di calcemia e di fosfatemia; altri ammettono invece che si tratti di ipervitaminosi.

Le dosi generalmente usate non devono oltrepassare i 5 milligrammi nel bambino ed i 10 nell'adulto. Hess e Lewis ritengono che si debbano limitare rispettivamente a 2,5 e 5 e restare anche al disotto di tali dosi. D'altra parte, non si deve dimenticare che altri autori hanno potuto dare, senza inconvenienti, fino a 15 e 30 milligrammi al giorno, continuati per tre settimane.

P. Sée osserva poi che i vari ergosteroli del commercio hanno delle attività diverse a seconda del fabbricante e dell'età di preparazione.

È quindi necessario che essi siano sottoposti a prove soprattutto biologiche. Per evitare poi degli inconvenienti, sarebbe bene dosare, di tanto in tanto, la calcemia e la fosfatemia; in tal modo, si sarebbe certi di non oltrepassare lo scopo che si cerca.

Le vere indicazioni per l'uso dei prodotti irradiati sono ora il rachitismo e l'osteomalacia; il loro uso in altre malattie rimane ancora da studiare. *fil.*

Sulla terapia delle sindromi calcioprive con l'ergosterina irradiata.

E. Fanton e N. Santagiuliana (*La Clinica Pediatrica*, febbraio 1930) valendosi del largo materiale clinico dell'Ambulatorio Pediatrico di Vicenza, hanno studiato l'azione calciofissatrice della vitamina D, in un ragguardevole numero di bambini, usando lo Sterogyl.

I casi clinici concernono: 17 forme di rachitismo in atto, 6 di spasmofilia e 5 di craniotabe. Il medicamento venne somministrato alla dose di 9 a 15 gocce al giorno, a seconda dell'età dei soggetti.

Il decorso clinico ha dimostrato che nella spasmofilia si ottiene un rapido, favorevole effetto con la cura ergosterinica, caratterizzato dalla scomparsa dei sintomi nervosi, attenuazioni delle manifestazioni rachitiche, miglioramento della crasi sanguigna.

Più rapidi ancora furono i risultati conseguiti nella craniotabe.

Nel rachitismo si ottenne un evidente miglioramento dello stato generale, con particolare ripercussione sui sintomi scheletrici: in due casi l'esito fu nullo, ciò che si spiega invocando in uno, allattato al seno, una sequela di gravi malattie infettive susseguentesi in breve tempo, nell'altro l'esistenza d'una eredosifilide.

L'ergosterina irradiata agisce fissando il calcio: su tal fatto si fondano le critiche mosse a questa terapia a cui riconoscono unicamente un'azione sui sintomi scheletrici e non sul complesso morboso che interessa tutto l'organismo.

Gli AA. per altro, basandosi sulle loro osservazioni, sostengono che tutto l'organismo risente rapidamente un beneficio evidente della cura: si assiste ad una vera risurrezione fisica e psichica dei piccoli pazienti, che si svolge in poche settimane, talora anche in pochi giorni (miglioramento trofismo muscolare, regolare eruzione, dei denti, diminuzione di volume del fegato, aumento dei globuli rossi, diminuzione dei leucociti, scomparsa dei mielociti).

Gli AA. conchiudono col dire che lo Sterogyl ha corrisposto molto bene sia nella craniotabe, che nella spasmofilia e nel rachitismo guarendo o migliorando rapidamente ed in modo soddisfacentissimo le varie sindromi.

AR.

IGIENE.

La malaria nel Ravennate.

I. Gratch (*Riv. di Malariologia*, genn.-febbr. 1930), sulla base di copiosi dati raccolti, fa la storia della malaria nel Comune di Ravenna, risalendo fino ai tempi di Strabone, per giungere ai giorni nostri. Al tempo dell'impero romano, Ravenna era, a quanto sembra, immune dalla malaria, che la raggiunse nel IV-V secolo, si attecchì e crebbe, arrivando al culmine nei secoli XIV-XVI; cominciò poi a diminuire verso la fine del secolo XVIII od il principio del XIX, per decrescere rapidamente dall'ultimo quarto del secolo scorso fino ad oggi.

Le vaste paludi che circondavano un tempo Ravenna, alle quali si aggiunse, nella seconda metà del secolo XVIII, la risaia, spiegano la grave malaricità che era un tempo appannaggio di questa zona. Ma già durante la Signoria della Repubblica Veneta si vennero eseguendo delle bonifiche, le quali subirono un ristagno nella seconda metà del sec. XIX, per riprendere poi attivamente nel secolo attuale. E si è veduto che, man mano che si conquistava il terreno e lo si riconsegnava all'aratro, veniva meno l'endemia malarica; ciò avvenne nella zona al nord-est di Ravenna, mentre in quella posta a sud l'endemia appare più difficile a combattersi per la difficoltà di instaurarvi presto la bonifica agraria. Per quanto riguarda la risaia, si è veduto che essa ha dato un intenso sviluppo di anofelismo, senza effetto sull'endemia malarica. D'altra parte la risaia, oltre ad avere valorizzato economicamente le terre bonificate in precedenza, ha essa stessa direttamente redento molte terre dalla palude.

Un effetto notevole sulla riduzione della ma-

laria va evidentemente attribuito alle numerose opere di profilassi antimalarica istituite dal Comune di Ravenna.

Attualmente la malaria, nel territorio di Ravenna, pure essendo discretamente diffusa, è poco grave; nessun caso di perniciosa si è osservato negli ultimi 4 anni e, d'altra parte, i casi genericamente gravi sono rari e così pure le forme cachettiche.

E' inoltre da escludere che, nella città e nel territorio vicino, si possa contrarre l'infezione.

Al caratteristico ambiente palustre delle zone tutt'ora malariche va attribuita l'endemia, che colpisce soprattutto gli operai che, per ragioni di lavoro, si recano nelle zone malariche (lavori agricoli, bonifiche, zuccherifici). Ad ogni modo, è confortante il fatto che da varî anni si assiste ad un evidente e progressivo attenuamento dell'endemia, il che, se non deve in nessun modo rallentare le provvidenze antimalariche, permette di guardare con fiducia l'avvenire.

Nel pregevole studio, l'A. ha avuto campo di fare alcune osservazioni di interesse generale. Risultano così confermate la regola di Grassi, sulla scomparsa delle perniciose e dell'estivo-autunnale nelle zone in cui l'endemia si va esaurendo; nonchè quella di Schiassi, secondo cui la forma estivo-autunnale tende a permanere in una zona centrale, mentre alla periferia si ha la prevalenza della terzana benigna, in zone che confinano col territorio indenne. E, dal permanere delle forme estivo-autunnali in una piccola località, l'A. deduce che l'endemia tende a continuare ancora a lungo; deduzione di interesse pratico, perchè dimostra la necessità di intensificare la lotta particolarmente nelle zone che hanno tali caratteri.

Ad ogni modo, tenuto conto anche degli sforzi che si stanno compiendo, si può presumere che, anche nel Ravennate, l'endemia malarica sarà presto e definitivamente debellata.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Terapia della pertosse. — Al dott. G. C. da C., abb. n. 9057-1:

La terapia vaccinica, preziosa negli stadi precoci, non dà risultati apprezzabili nelle forme molto avanzate di pertosse. Per diminuire l'intensità e la frequenza degli acces il miglior rimedio è di tenere i malati all'aria aperta, magari distesi a letto; durante il soggiorno in casa, sono utilissime le inalazioni di ossigeno. In casi refrattari alle iniezioni di etere, al bromoformio, e ai più comuni preparati antipertossici, non vi è da attendersi molto dalla terapia medicamentosa. Si può tentare il bromuro di sodio o di calcio (1-4 g. al giorno, secondo l'età), la belladonna (4-30 goccie al giorno di soluzione di atropina all'1 ‰), la codeina (2-20 milligrammi, 1-3 volte al giorno), l'eroina (4-18 goccie al giorno di soluzione al 1/2 %).

È utile combinare in un'unica soluzione bromuro, belladonna e codeina.

Nei casi gravissimi, specie se ci sono convulsioni, si deve ricorrere al cloralio o alla morfina (quest'ultima dopo i 3 anni).

POLLITZER.

Al dott. A. D. da C.:

Non esiste un manuale recente di « Igiene sociale », nel senso da lei desiderato e ne sarebbe certamente assai utile la pubblicazione. Può consultare il *Codice del lavoro* (U.S.I.L.A., Roma, via del Tritone, 201), che contiene la massima parte delle disposizioni di legge emanate finora.

fil.

VARIA.

Gli occhiali sottopalpebrali.

La *Münch. Med. Woch.* (1930, n. 1) annunciava che il prof. Heine della Clinica oftalmologica della Università di Kiel è riuscito a costruire un vetro convesso da portarsi sotto le palpebre. Sarebbero stati anche costruiti da una casa di Jena degli appositi vetri denominati « Haftgläser », di un raggio di curva da 5 a 11 millimetri, destinati ad essere portati direttamente sulla cornea della quale essi sposano l'inclinazione. In seguito al debole strato di liquido lacrimale che si forma fra il vetro e la cornea, costituirebbero un sistema ottico unico, producendo una sola rifrazione, in sostituzione di quella della cornea che rimane soppressa.

Questo vetro di contatto o hyploblefarico è soprattutto destinato a combattere la miopia di tutti i gradi e di tutte le età, e il suo inventore non dispera che la sua scoperta possa servire anche a correggere qualsiasi forma di ipermetropia. Il malato che avesse subìto precedentemente l'operazione della cataratta potrà essere munito di due vetri differenti, quello dell'occhio destro permettente la vista di oggetti lontani, e quello del sinistro, più curvo, che permetterà una visione netta fino a 30 centimetri di distanza.

Il prof. Heine spera di ottenere dalla sua invenzione anche dei risultati terapeutici, poichè in base ad esperimenti eseguiti nel corso degli ultimi tre anni ha potuto constatare che in un ammalato che per due anni aveva portato il suo vetro di contatto, il numero delle diottrie era diminuito da dieci a otto. Gli esperimenti avrebbero anche dimostrato che il vetro non produce alcuna irritazione; tuttavia le lenti non possono essere portate a lungo: possono applicarsi al mattino e togliersi la sera.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Il lavoro delle donne e dei fanciulli nelle fabbriche.

Il Ministero delle Corporazioni, proseguendo le indagini precedentemente disposte, ha provveduto alla rilevazione sull'occupazione delle donne e dei fanciulli nelle fabbriche in base al numero dei libretti di lavoro all'uopo rilasciati in base alla legge sul lavoro minorile.

Da tale interessante rilevazione che sarà pubblicata nel prossimo numero del « Bollettino di Lavoro e della Previdenza sociale », risulta che nel precedente anno sono stati rilasciati, da oltre il 60 % dei Comuni del Regno, 172.615 libretti di lavoro rispetto ai 147.944 rilasciati nell'anno precedente dal 58 % dei Comuni.

In particolare modo è da segnalarsi in linea generale il fenomeno già notato negli anni scorsi, della prevalenza dei libretti rilasciati a fanciulle su quelli rilasciati a fanciulli, fenomeno in gran parte dovuto all'impiego prevalente di fanciulle nelle regioni dove predominano le industrie che occupano in preferenza mano d'opera femminili, specialmente nelle provincie dell'Italia Settentrionale.

Nell'Italia Meridionale e nelle Isole, invece, si verifica il fenomeno inverso. I risultati della statistica confermano poi i benefici effetti della politica demografica attuata dal Regime fascista per la tutela della maternità e della infanzia.

Infatti, mentre nel periodo dell'ante-guerra e nei primi del dopo-guerra i fanciulli venivano generalmente occupati nelle fabbriche appena compiuto il dodicesimo anno di età, si è venuta praticamente elevando l'età normale di ammissione al lavoro dei fanciulli. Movimento di elevazione, che è costante e progressivo.

I dati della statistica in esame posti in confronto con quelli dell'indagine dell'anno precedente, indicano, infatti, una diminuzione del 3,4 % dell'occupazione dei fanciulli di 12 anni e un conseguente aumento dell'1,7 % e dell'1,6 % dell'occupazione rispettivamente dei fanciulli di 14-15 anni.

Per le fanciulle il fenomeno assume ancor più notevole importanza: l'occupazione delle fanciulle di 12 anni è diminuita, infatti, del 3,1 % e quella delle fanciulle di 16 anni è aumentata del 5,8 %.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Nuovi orientamenti per le Mutue sanitarie.

Convocati dall'on. Peverelli si sono riuniti in Milano, alla Federazione delle Cooperative, i membri eletti nel recente Congresso provinciale a dirigere la Federazione provinciale delle Mutue sanitarie ed ospitaliere fasciste.

Erano presenti: l'avv. Lo Passo in rappresentanza del Segretario federale Cottini, il capitano Tanzi in rappresentanza dell'on. Capoferri, il dott. Bonera per l'on. Giordani, il dott. Parodi del Sindacato medico provinciale, il cav. Cancelliere, presidente della Federazione Combattenti, e i sigg. Antonietti di Monza, avv. Barbieri di Pozzo d'Adda e conte Caccia Dominioni di Nerviano. L'on. Peverelli era assente.

A presidente della Federazione è stato acclamato l'on. Peverelli stesso, mentre vice-presidente è stato nominato l'avv. Lo Passo e segretario il sig. Antonietti, della Mutua sanitaria di Monza.

Il cav. Bassani ha svolto al Consiglio una relazione circa l'attività compiuta dall'Ufficio federale in collaborazione col Partito, in questi ultimi mesi, per l'inquadramento delle Mutue sanitarie della provincia di Milano che assommano a 180; ha parlato delle funzioni che oggi adempiono queste utili istituzioni ed ha illustrato quali, secondo l'Ente Nazionale della Cooperativa, debbono essere le nuove direttive.

Le Mutue sanitarie, che raggruppano in molti comuni la quasi totalità dei capi famiglia, per poter ottenere una completa assistenza medica ed ospitaliera per loro e la loro famiglia contro il pagamento di lievi quote annue, rispondono al metodo più moderno che risolva questo importante problema.

Le immancabili lacune che si riscontravano nel funzionamento di parecchie di queste istituzioni, spariranno con l'istituzione del nuovo organismo provinciale, il quale è chiamato a controllare le loro attività, coordinarle, regolare i rapporti con i medici, con gli ospedali e con le case di cura.

La provincia di Milano si pone un'altra volta alla testa dell'organizzazione mutualistica, modificando l'amministrazione di queste istituzioni, di modo che esse avranno prossimamente dei Consigli direttivi, composti, oltre che da elementi nominati dalle assemblee, anche dai rappresentanti delle organizzazioni fasciste che hanno sede in ogni comune, quali il Fascio, l'Associazione Combattenti e i Sindacati dell'agricoltura e dell'industria. Mentre si otterrà con ciò di richiamare l'attenzione di queste importanti organizzazioni sul problema dell'assistenza sanitaria e della previdenza igienica dei loro associati, sarà di conseguenza anche più facile ottenere la totale adesione degli interessati alle Mutue locali, in modo che sia possibile pensare alla partecipazione totalitaria delle categorie di cittadini interessati in queste istituzioni.

Così il problema dell'assistenza sanitaria, uscendo dalle organizzazioni private, quale era stato fino ad oggi, si innesta come una attività

complementare nelle maggiori organizzazioni del Regime.

Dopo ampia discussione si diede mandato alla presidenza di formulare un piano organico di assistenza, ritenuto urgente per lo sviluppo di queste Mutue e da sottoporre alla prossima riunione del Consiglio.

Assistenza sanitaria pro-combattenti.

Il Direttorio della Federazione provinciale combattenti di Roma ha deliberato di istituire un particolare servizio di assistenza sanitaria ambulatoria ed a domicilio a favore degli ex-combattenti di Roma e della Provincia, regolarmente tesserati, con la estensione di tale beneficio ai congiunti diretti di ogni associato.

Presso la sede della Federazione combattenti al Largo Arenula 26, e sotto la presidenza della medaglia d'oro Ulderico De Cesaris — benemerito capo della Federazione e della Sezione Romana combattenti — ha avuto luogo una importante riunione alla quale hanno partecipato numerosi e valorosissimi sanitari per provvedere all'ordinamento ed al regolamento di tale importante servizio che sarà apprezzato da tutti i combattenti di Roma e Provincia.

La direzione del servizio sanitario è affidata al dott. prof. Moisè Pagliaro che ha il proprio gabinetto ed ambulatorio in via Marsala 8, ove i combattenti e i loro congiunti potranno rivolgersi tutti i giorni feriali, dalle ore 8 alle ore 10 e dalle ore 14 alle ore 16 per le visite ambulatorie che sono assolutamente gratuite.

Per le visite a domicilio, è stabilito un compenso di L. 10 a visita per i casi che rientrano nella medicina e chirurgia generale.

Oltre le visite gratuite concordate col dott. Pagliaro e da passarsi nel suo ambulatorio è stata assicurata la collaborazione di valorosi e di valentissimi specialisti.

Per le visite a domicilio dei medici specialisti è stabilito un compenso di L. 25 a visita.

Per tutti i mezzi di diagnostica generale sussidiaria: esami, analisi radiografiche, radioscopie, protesi dentarie, ecc., sono stabiliti onorari mitissimi e facilitazioni, eccezionali già concordate con la presidenza della Federazione.

L'assistenza sanitaria agli orfani di guerra.

Per gli orfani di guerra, che sono in numero di trecentoquarantacinquemila e dei quali si occupa l'Opera Nazionale sotto l'alta vigilanza del Capo del Governo, l'assistenza sanitaria è diretta da un medico provinciale, il comm. dott. L. Cesari, che vi attende con intelletto d'amore. Nello scorso anno, oltre 400 orfani affetti da tubercolosi vennero accolti in Istituti di cura, con la spesa di L. 1.750.000. Il complesso dell'assistenza sanitaria agli Orfani di Guerra è tale da costituire un alto titolo di benemerenza per i dirigenti dell'Opera, e per il Governo Nazionale, che paternamente ad essa provvede in grandiosi Istituti, intitolati a G. Giardino, a G. Pascoli ecc., nonchè valendosi di altri Istituti, statali e parastatali, come risulta anche da una recente pubblicazione del dott. P. Jacchia di Trieste.

Assistenza sanitaria ai tubercolotici.

Il Capo del Governo ha ricevuto il sen. Garbasso, presidente della Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali, e l'on. prof. Morelli, i quali gli hanno presentato un rapporto sull'andamento dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi. Ce ne occuperemo in un prossimo numero.

Nello stesso tempo gli onorevoli Garbasso e Morelli hanno dato notizia al Capo del Governo della costruzione del grande sanatorio che deve sorgere a Roma, nei pressi della collina di Monteverde, e che sarà capace di 1250 letti. I lavori di sterro cominceranno entro il mese; il Capo del Governo ha stabilito che il sanatorio sia inaugurato il 28 ottobre 1932.

Un treno speciale di pronto soccorso nei casi di terremoto od altre calamità.

Il Ministro dei lavori pubblici on. Di Crollalanza ed il sottosegretario di Stato on. Leoni si sono recati a visitare il nuovo treno di pronto soccorso che, secondo le direttive del Governo fascista, le Ferrovie dello Stato hanno approntato per agevolare le opere di soccorso da prestarsi in caso di terremoto o di altre calamità.

La dolorosa esperienza acquistata dal nostro Paese sulla organizzazione dei servizi di soccorso, attraverso i numerosi disastri tellurici e di altra natura che ne hanno desolate le più ridenti regioni, è stata messa a profitto dal Governo nazionale per disporre una serie di norme e di provvidenze intese al duplice fine di rendere rapida al massimo grado l'opera immediata da svolgersi e di provvedere all'impianto ed al funzionamento dei principali servizi pubblici, in modo da favorire il ritorno della zona colpita, nel tempo più breve, alle sue condizioni normali di esistenza.

A tali criteri furono ispirati due decreti — del 1926 e del 1927 — che contengono tutte le norme per la attuazione dell'importante progetto.

Il Ministero dei lavori pubblici, con giusto e previdente criterio, in tutto il complesso dell'opera da svolgere, ha posto in prima linea la preparazione dei soccorsi di carattere immediato, partendo dal principio che la efficacia di essi è in funzione diretta della loro rapidità.

Secondo tale direttiva, ha provveduto, mediante accordi con le Ferrovie dello Stato, a costituire un treno speciale, la cui partenza può avvenire nel termine di tre ore.

Questo treno è composto oltre che delle vetture e dei carri adibiti al trasporto del personale

e materiale di primo invio, anche di carro-equipaggiamento capace di contenere due automezzi, ed un bagagliaio attrezzato in modo speciale per i servizi di comunicazione.

È noto che la rapidità delle comunicazioni è il coefficiente massimo della efficacia dei soccorsi e della loro organizzazione.

Ora, questa vettura-bagagliaio comprende un centralino telefonico, un gruppo telegrafico Morse ed Hugues ed un impianto radiotelegrafico completo trasmittente e ricevente. Comprende inoltre i materiali per realizzare cinque posti telefonici volanti e due radio-stazioni mobili.

È così possibile un rapido allacciamento sia con l'interno della zona colpita, sia con le sedi degli organi centrali.

Per la nomina degli ufficiali medici dei reparti di Avanguardia.

Il Comando generale della Milizia ha disposto che, in adesione al desiderio espresso dal Sottosegretario di Stato per l'Educazione Fisica e Giovanile, tutti i comandi della Milizia sono autorizzati a trasmettere per via gerarchica al Comando le proposte di nomina ad ufficiale medico per i reparti di Avanguardia e Balilla. L'organico stabilito, d'intesa con la Presidenza centrale dell'Opera, è il seguente:

Presso ciascun Comitato: un seniore medico dirigente provinciale sanitario del Comitato dell'Opera Nazionale Balilla; 2 centurioni medici ispettori sanitari. Presso ciascuna legione: 1 centurione medico direttore del servizio sanitario di legione. Presso ciascuna coorte: 1 capo-manipolo medico.

Per il conferimento del grado a coloro che non lo avessero rivestito nel R. Esercito, nell'Arma o nella Croce Rossa Italiana, le proposte potranno uniformarsi al disposto applicato nel periodo bellico dalle Autorità militari.

I sanitari assegnati all'Opera Nazionale Balilla, cessando di appartenervi, perdono la qualifica di ufficiale medico per annullamento della loro nomina. Tali assegnazioni sono devolute alla Presidenza centrale dell'Opera. Nei piccoli centri, dove non esistono sanitari delle Avanguardie e dei Balilla, è data facoltà ai capi locali dell'Opera Nazionale Balilla di avvalersi degli ufficiali medici fuori quadro. Ad essi è fatto quindi l'obbligo di assistere e curare gratuitamente gli appartenenti alle associazioni giovanili, di compilarne le dichiarazioni mediche, di prestarsi ai servizi igienici e profilattici e alle opere assistenziali.

Per garentire la sanità dei funghi in Roma.

Il Governatorato di Roma ha emanato un'ordinanza che disciplina la vigilanza sanitaria sui funghi freschi introdotti in città per il consumo alimentare. (Queste nuove norme si sono rese necessarie dopo l'abolizione delle barriere daziarie).

La lotta contro le mosche a Milano.

Il Municipio di Milano comunica:

« Le disposizioni di cui al Decreto 20 maggio 1928 in esecuzione della legge 29 marzo stesso anno per la lotta contro le mosche, già portata a conoscenza degli interessati il 27 luglio 1929, a. VII, avranno applicazione dal 20 giugno al 15 ottobre p. v. nei riguardi degli esercizi pubblici, degli spacci di vendita di generi alimentari e degli stabilimenti per la produzione e lavorazione di sostanze alimentari. Gli esercizi pubblici di cui all'art. 84 del T. U. della legge di P. S. (alberghi, ristoranti, trattorie, fiaschetterie, caffè, osterie, bettole, pensioni, locande, chioschi, spacci di cibi cotti con o senza consumo in luogo, esercizi in cui si consumano birra, vino, liquori, altre bevande non alcooliche, ecc.) dovranno applicare alla porta d'ingresso esclusivamente tende a bacchette pendule, disposte in modo da rinchiudersi automaticamente ad ogni passaggio; le altre aperture e le finestre possono invece essere difese con reti metalliche o di filo, purchè a maglia strettissima o con tende a tessuto unito. Le latterie, ancorchè munite di licenza politica, dovranno avere, a norma dello speciale regolamento sulla vigilanza igienica del latte, le porte di ingresso munite di tende a bacchette pendule e le altre aperture difese solo da reticelle metalliche ».

Per le visite mediche periodiche.

Il « Greater New York Commettee on Health Examination », di cui fanno parte eminenti personalità del mondo medico newyorkese, conduce un'attivissima campagna per le visite mediche periodiche, le quali portano a sorprendere le malattie iniziali, a curarle tempestivamente ed a prolungare la vita.

La campagna viene prospettata nell'opuscolo « for Health » (in-8° gr., di p. 56, con illustrazioni), il quale comprende una serie di brevi articoli pregevolissimi e documenta l'attività fin'ora svolta dal Comitato.

Segretario di quest'ultimo è il Dr. Iago Galdston, East One Hundred and Third Street 2, New York City, S. U. d'A.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUAFREDDA (*Brescia*). — Proroga 15 lug.

ALGHERO (*Sassari*). *Ospizio Marittimo Sanitario.* — Direttore; scad. 25 lug.; L. 10.000. Rivolgersi Amministraz.

ARTENA (*Roma*). — L. 9500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 25-40 a.; tassa L. 50,10. Scad. 17 lug.

BOZZOLO (*Mantova*). — Scad. 31 lug.; L. 9000 e 4 quadrienni dec., c.-v.; L. 1500 come chirurgo primario dell'Ospedale e 50 % atti operativi dei solventi; L. 800 bicicletta; età lim. 40 a.

CARRODANO (*La Spezia*). — Scad. 15 lug.

Castel S. Pietro Emilia (*Bologna*). — Scad. 30 giu.; per Montecalderaro; L. 9800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cav., L. 500 ambul.; tassa L. 50,10.

Comezzo (*Gorizia*). — Scad. 30 giu. Rivolgersi segret. com.

Figino Serenza (*Como*). — Scad. 30 giu.; lire 9000 e quattro quinquenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Filettino (*Frosinone*). — Scad. 30 giu.; lire 10.500, oltre L. 400 uff. san.

Foiano di Chiana (*Arezzo*). — 3ª condotta; lire 9000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3000 cav., c.-v.; chied. annunzio; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 10 giu.; età lim. 40 a. Scad. 20 lug., ore 18.

Mombaruzzo (*Alessandria*). — Scad. 28 giu.; con Quaranti; L. 8000 oltre L. 800 uff. san., L. 2500 cav.; tassa L. 50,10.

Nocera Inferiore (*Salerno*). — *Ospedale Psichiatrico Vittorio Emanuele II.* — Concorsi per Direttore e tre medici ordinari. È prorogato al 23 agosto p. v. il termine per la presentazione delle istanze e documenti.

Opacchiasella (*Gorizia*). — Scad. 31 ag.; con Temenizza; L. 9000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 900 serv. att., c.-v.; L. 3000 automobile.

Palermo. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Montemaggiore Belsito; L. 7000 e 5 quinquenni dec.; scad. 30 lug.; doc. a 3 mesi dal 22 mag.; titoli ed esami.

Poirino (*Bergamo*). — Scad. 31 ag.; L. 8000 aumentabili a 12.000 in 20 anni; trasp. L. 500-1800-3000; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Senosecchia (*Trieste*). — Scad. 31 ag.; con Crenovizza; L. 11.000 oltre c.-v., L. 3000 trasp., L. 1000 uff. san., 4 quadrienni dec.; età lim. 35 a.

Tronzano Vercellese (*Vercelli*). — Seconda condotta medica detta dei *Cascinali Superiori.* Stipendio L. 7000 lorde, doppia indennità caroviveri e L. 2000 per indennità di trasporto. Documenti obbligatori da presentarsi entro le ore 17 del 15 luglio. A richiesta si trasmette copia dell'avviso di concorso approvato dalla R. Prefettura di Vercelli il 10 corrente.

Tronzano Vercellese, 15 giugno 1930.

Il Podestà: E. Montigazzi.

Venezia. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Medico ispettore; L. 21.000 e aumenti 4 decimi, oltre L. 6000 serv., L. 10.000 indennità fissa trasferte. Scad. 10 lug.

Verona. *Ospedale Civile.* — Scad. 30 lug.; aiuto medico; L. 5000 oltre L. 1000 serv. att., percentuali (minimo L. 3000 nel 1° anno, L. 4000 nel secondo); età lim. 25-40 a.; tassa L. 50,05. Rivolgersi al Consiglio Ospitaliero.

Vitorchiano (*Viterbo*). — Scad. 31 lug.; lire 10.500 oltre c.-v., per cavalc. L. 1000, per uff. san. L. 400, 5 quadrienni dec.

Concorsi a premi.

Fondazione Borruso.

È aperto per l'anno 1930 nella R. Università di Palermo un concorso a due premi della « Fondazione Salvatore Borruso » per le migliori tesi di medicina e chirurgia svolte dai giovani laureati da non oltre cinque anni presso la R. Università di Palermo.

Potranno aspirare al conseguimento dei premi tutti i laureati degli ultimi cinque anni scolastici che abbiano seguito tutti i loro studi nella R. Università di Palermo, purchè la media della votazione negli esami speciali non sia stata inferiore ai 7/10 e la votazione dell'esame di laurea non inferiore ai 9/10.

Le due Commissioni giudicatrici del concorso hanno stabilito i seguenti temi: per il premio di chirurgia « Chirurgia del vago » (L. 2000); per il premio di medicina « La Terapia del diabete » (L. 2500).

I candidati dovranno svolgere la tesi presso uno degli Istituti di medicina e chirurgia dell'Ateneo.

Domande in carta da bollo da L. 2 al Rettore e accompagnate dalla tesi svolta devono essere presentate in Segreteria.

Posti di perfezionamento.

Fondazione Luigi Mangiagalli.

Sono messi a concorso due posti di perfezionamento, presso una Clinica, o un Istituto della R. Università di Milano, a favore di laureati in Medicina e Chirurgia dopo il 1° luglio 1926, ed altri due per laureati dopo il 1° luglio 1927.

I vincitori dovranno disimpegnare per un anno solare le funzioni di medici praticanti. Uno dei due premi è conferito, per ogni gruppo, a parità di merito, a quel concorrente che abbia chiesto di frequentare la Clinica ostetrico-ginecologica.

I vincitori godranno ciascuno di un premio di L. 3000 che sarà corrisposto in rate trimestrali posticipate, dietro attestazione rilasciata dal direttore della Clinica o dell'Istituto prescelto.

Le domande scritte su carta da bollo da L. 3 dovranno pervenire alla Segreteria dell'Università (Corso Roma 10) non oltre il 30 novembre 1930, accompagnate dal certificato di conseguita laurea coi punti di merito riportati nella carriera scolastica e da altri eventuali titoli e documenti, e con l'indicazione della Clinica o dell'Istituto per il quale il candidato intende concorrere.

Fondazione Pier Diego Siccardi.

Presso la R. Università di Milano è messo a concorso un posto di perfezionamento a favore di un giovane medico laureato a partire dal 1° luglio 1929.

Il vincitore dovrà prestare l'opera sua per la durata di un anno scolastico nella Clinica delle malattie professionali, ove avrà funzione di medico praticante. Godrà di un premio di L. 1800 che potrà essere corrisposto anche a rate mensili. Alla fine dell'anno il vincitore del concorso potrà ottenere anche il premio speciale di profitto consistente in un diploma e una medaglia d'oro.

Le domande dei concorrenti, scritte su carta bollata da lire tre (L. 3) dovranno pervenire alla Segreteria dell'Università (Corso Roma 10) non oltre il 15 novembre 1930 accompagnate dal certificato di conseguita laurea coi punti di merito riportati nella carriera scolastica e da altri eventuali titoli e documenti.

Il concorso verrà giudicato entro il 15 dicembre 1930.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il sen. prof. Davide Giordano è stato eletto presidente del R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti, succedendo al sen. prof. Nino Tamassia.

Il dott. Juan Carlos Navarro è stato eletto presidente dell'Accademia Nazionale di Medicina di Buenos Aires, quale successore del prof. Mariano R. Castex.

Alla stessa Accademia è stato eletto, quale membro, il dott. Daniel Greenway, in sostituzione del dott. Lavalle, defunto.

Il dott. Paul Schürmann, dell'Istituto anatomopatologico di Amburgo, è nominato professore ordinario di patologia generale e anatomia patologica a Berlino, a partire dal 1° aprile.

La cattedra di medicina interna della Facoltà medica di Colonia, resasi vacante per l'andata a riposo del prof. Moritz, è stata offerta al prof. Hans Heppinger, direttore della Clinica medica universitaria di Friburgo o. Br.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino.

Problemi di ematologia e craniologia al Congresso di radiologia.

Alla presenza del Principe del Piemonte e delle maggiori autorità cittadine, si è inaugurato il Congresso Italiano di Radiologia. La cerimonia si è svolta nel Palazzo del Giornale al Parco del Valentino con l'intervento delle più illustri personalità della radiologia italiana e di un grandissimo numero di radiologi e medici. Erano presenti anche il professor Schüller di Vienna ed il professor Guedez di Lisbona. Dopo un breve discorso del Podestà, del prof. Balli presidente della Società Italiana di Radiologia Medica, del prof. Pivano rettore dell'Ateneo, ha preso la parola il presidente del Comitato ordinatore prof. Mario Bertolotti che ricordò con felice sintesi la storia della radiologia e l'incomparabile progresso che la sua applicazione nella Clinica Medica e Chirurgica ha portato alla diagnosi della terapia. Nella seduta pomeridiana è incominciato lo svolgimento delle relazioni: prima quella del prof. Umberto Nuvoli di Roma sull'anatomia radiografica del cranio, cui seguì quella del prof. Arrigo Montanari sull'anatomia radiografica dei tumori intracranici. Relazioni entrambe svolte con una profonda base di osservazioni personali e con numerose dimostrazioni radiografiche in parte proiettate nell'aula. Alle relazioni seguirono ampi elogi e considerazioni del prof. Bertolotti, del prof. Busi, Perussia e del prof. Balli. La sintesi di queste relazioni e della discussione seguitane fu che, malgrado i grandissimi perfezionamenti della tecnica radiologica di cui, anzi, furono indicati numerosi accorgimenti, non si può e non si deve parlare, in generale, di una diagnosi radiologica, ma di una diagnosi clinico-radiologica dei tumori intracranici e che in nessun altro campo come in questo è necessaria la collaborazione fra neurologo e radiologo ed auspicabile anzi una profonda cultura neurologica del radiologo. Ciò risultò anche nella comunicazione del Clinico chirurgo di Torino prof. Donati, che illustrò all'assemblea la sua larga esperienza di chirurgia cranica.

Nelle giornate dedicate alla seconda relazione sulla radioterapia delle emopatie, svolsero le loro relazioni il prof. Bignami sui fondamenti di radio-biologia, ed il prof. Siciliano sulla Clinica radiologica.

Anche in queste brillanti relazioni, che destarono il più vivo interesse nell'assemblea, composta non solo di radiologi, ma anche di medici e clinici, gli argomenti furono trattati con una disamina critica profonda di tutte le conoscenze sull'argomento e col contributo di una larga esperienza e di numerose serie di ricerche personali. Le relazioni furono soggetto di ampi elogi e, specialmente risultò improntata ad un mirabile indirizzo clinico la relazione del prof. Siciliani.

Nella discussione, il prof. Micheli disse dei contributi portati dalla scuola di Torino in questo campo che fu sempre ivi coltivato con amore. Esperienze ed osservazioni cliniche lo portano a ritenere che nella leucemia l'azione dei raggi sulla diminuzione dei globuli sia specialmente indiretta e possa avvenire anche al difuori di applicazioni dirette sul midollo osseo. Anche il prof. Siciliani si dimostrò propenso all'azione indiretta. Riguardo alle modalità delle applicazioni nella leucemia, l'assemblea sembrò, in generale favorevole al sistema delle applicazioni alquanto distanziate ed alternate ad altre cure, specie arsenicali. Riguardo al linfogranuloma maligno, altro campo fecondo di brillanti cure radiologiche, l'assemblea, oltre a registrare numerosissime osservazioni di effetti benefici anche di lunga durata, fu concorde nel ritenere questa malattia notevolmente frequente e nel ritenere che anche qui l'azione dei raggi sia prevalentemente indiretta. L'argomento dette l'occasione per enunciare giudizi sulla eziologia del linfogranuloma in generale nel senso che non sia un'infezione tubercolare (Micheli, Ferrata) e di svolgere alcuni punti di interesse diagnostico (anergia tubercolinica, prof. Bastai) e clinico (forme acute e forme croniche del linfogranuloma, prof. Cecconi).

La conferenza del prof. Ferrata sul tema: Raggi X ed emopatie, riassunse i problemi, i risultati, gli indirizzi di studio e le speranze che la radiologia ha portato, nel campo della clinica medica, e essendosi raggiunti fin'ora grandissimi vantaggi nella terapia di malattie un tempo completamente incurabili. Il prof. Ferrata indicò come nuove possibilità terapeutiche interventi precoci radiologici nella linfogranulomatosi che potrebbero far nascere la possibilità di arrestare completamente il processo e preconizzò possibilità di utilizzare un'eventuale azione dei raggi per eccitare l'emopoiesi svolgendo a lungo, con la nota competenza, le questioni riguardanti l'emopoiesi fisiologica e patologica ed il possibile meccanismo dei raggi.

Numerosissime comunicazioni sugli argomenti dei due temi furono poi svolte, con vivo interesse, in altre sedute.

Commemorazione del Prof. Battistini.

Il prof. Gustavo Mattirolo ha commemorato all'Accademia di Medicina il prof. Ferdinando Battistini, che fu socio e presidente dell'Accademia stessa. Dalla felice, commossa parola dell'oratore, risultò rievocata la figura del prof. Battistini medico e filantropo, che fu assistente ed aiuto di Clinica Medica, primario del S. Giovanni, direttore del Centro Diagnostico delle malattie polmonari da lui fondato, medico e consulente fra i più apprezzati e promotore instancabile di opere per l'assistenza antitubercolare e in favore dei poveri.

C. Cipriani.

NOTIZIE DIVERSE.

Al Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Il Direttorio del Consiglio nazionale delle Ricerche ha tenuto la sua riunione periodica sotto la presidenza del sen. Marconi. Erano presenti i membri Blanc, Frascherelli, Magrini, Parravano, Vacchelli.

Il Direttorio, dopo aver trattato varie questioni di carattere tecnico, ha accolto con simpatia l'offerta fatta dalla casa Lepetit di Milano, a mezzo dell'accademico prof. Bottazzi, di istituire 15 premi in denaro da assegnare alle 15 migliori tesi di laurea presentate da laureandi in medicina e chirurgia, e 5 premi, pure in denaro, per i 5 migliori lavori sperimentali pubblicati nell'anno da giovani laureati in medicina e chirurgia. Ha approvato i relativi regolamenti per la concessione dei premi.

Il Direttorio ha provveduto per la nomina delle Commissioni per la concessione delle borse di studio del Ministero dell'Educazione Nazionale all'interno e all'estero. L'on. Blanc dà notizie del Congresso della Società italiana per il progresso delle scienze che avrà luogo nella Venezia Tridentina nel prossimo settembre e che avrà una importanza scientifica assai notevole. Il presidente Marconi comunica che terrà in tale circostanza una conferenza. Il Direttorio decide di cogliere questa opportuna occasione per riunire nello stesso giorno le giunte dei 12 Comitati nazionali per le diverse scienze.

Corso di perfezionamento in malariologia.

Ricordiamo che dal 1° al 30 luglio, presso la Scuola Superiore di Malariologia, si svolgerà un corso per medici.

Insegnanti: V. Ascoli, G. Bastianelli, A. Dionisi, A. Filippini, A. Labranca, A. Lutrario, A. Missiroli, D. Ottolenghi, T. Pontano, G. Sanarelli, M. Sella, A. Serpieri, ecc.

Dal 15 agosto al 15 settembre seguirà un corso di applicazioni pratiche (stages).

Le iscrizioni si ricevono sia presso la segreteria dell'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni, Ginevra, Svizzera; sia presso la segreteria della Scuola, R. Clinica Medica al Policlinico Umberto I, Roma.

Corso di perfezionamento nella clinica della tubercolosi.

Sono aperte le iscrizioni al terzo corso di perfezionamento nella clinica della Tubercolosi e delle malattie dell'apparato respiratorio presso l'Istituto « Benito Mussolini » in Roma, diretto dall'on. prof. Eugenio Morelli.

Tale corso avrà inizio ai primi di novembre p. v. in giorni da fissarsi e, come i precedenti, avrà la durata di sei mesi, con un programma d'insegnamento corrispondente a quello di un anno universitario.

Esso è riservato ai medici laureati, o comunque muniti del diploma di abilitazione all'esercizio professionale. È obbligatoria la frequenza.

Il numero delle iscrizioni è limitato a 100. Le domande per essere iscritti debbono essere redatte in carta libera ed accompagnate dal certificato di laurea, inviate unitamente alla tassa di L. 300 alla segreteria dell'Istituto « Benito Mussolini », piazza Venezia 11, Roma.

Corso di perfezionamento sul cancro.

Presso la Facoltà medica di Strasburgo avrà luogo, dal 16 al 26 luglio, il 3° Corso di perfezionamento sul cancro, a cura del prof. Gunsett, direttore del Centro anticanceroso regionale.

Tassa d'iscrizione 500 franchi. I medici stranieri possono chiedere informazioni preliminari sugli alberghi e sulle pensioni. Rivolgersi a: Mr. le Dr. Gunsett, directeur du Centre anticancereux, Hôpital civil, Strasbourg, Francia.

Corso di profilassi antitracomatosa.

Viene tenuto dal 1° al 30 giugno dal prof. Gaetano Lodato, direttore della Clinica oculistica della R. Università di Palermo; vi sono ammessi gratuitamente i laureati in medicina.

Corso di applicazione per Ufficiali medici della Marina.

Nella R. Scuola di Sanità Militare Marittima in Napoli, il 2 giugno, venne inaugurato l'11° corso.

Il discorso inaugurale venne tenuto dal direttore della Scuola, col. medico prof. F. E. Mosso, il quale parlò dei compiti della Scuola, della missione del medico militare e celebrò i fasti dei medici militari di tutti i tempi e di tutte le terre, proponendo ai giovani i più mirabili esempi di attività scientifica ed umanitaria.

Congresso francese di psicoanalisi.

La 5ª Conferenza annua dei psicoanalisti di lingua francese si è tenuta il 6 giugno a Parigi, nell'anfiteatro della Clinica delle malattie mentali, al Manicomio di Sant'Anna.

Temi svolti: « I meccanismi psichici d'auto-punizione nella psicologia delle nevrosi e psicosi, nella psicologia criminale e nella patologia generale », relatori Hesnard e R. Laforgue; « Profilassi infantile delle nevrosi », relatrice sig.ra Marie Bonaparte; « La psicoanalisi infantile e suo compito nell'igiene mentale », relatrice sig.ra Sophie Morgenstern.

Visite di Medici americani alle Cliniche di Roma.

Sono stati negli scorsi giorni a Roma un centinaio di medici, appartenenti alla « Postgraduate Medical Association of North America », che è la più numerosa Società medica americana e che riunisce nel suo seno medici degli Stati Uniti e del Canadà, di tutte le branche, medica, chirurgica e delle varie specialità.

Un altro numeroso gruppo della stessa Associazione, in un giro fatto in Europa quattro anni fa, aveva pure visitato Roma, ed era rimasto così soddisfatto dell'accoglienza allora ricevuta e delle lezioni e operazioni, cui aveva assistito, che dal gennaio scorso il Dr. Peck, « manager » dell'Associazione, aveva chiesto di ritornarvi, pregando di avere predisposte conferenze e sedute operatorie dai vari professori e primari di Roma.

Hanno così assistito a conferenze di chirurgia ed urologia svolte nella Clinica chirurgica, di medicina interna nella Clinica medica e nell'Istituto di Semejotica medica, di pediatria nella Clinica pediatrica, di neuropatologia e di psichiatria nella Clinica neuro-psichiatrica, di ostetricia nella Clinica ostetrico-ginecologica, di malattie della pelle e sifilitiche nella Clinica dermo-sifilopatica, di oculistica nella Clinica oftalmojatrica, di otorinolaringoiatria nella Clinica speciale, di radiologia nell'Istituto di Radiologia medica, di patologia nell'Istituto di Anatomia patologica.

Hanno pure assistito con grande interesse a sedute operatorie eseguite nella Clinica chirurgica, in quella ostetrico-ginecologica, nella Clinica privata del prof. R. Bastianelli e nei tre padiglioni chirurgici dell'Ospedale al Policlinico.

Una speciale seduta di proiezione di films operatorie è stata tenuta nella Clinica chirurgica.

Ha anche destato grande interesse la visita all'Istituto Benito Mussolini a Porta Furba per la prevenzione e la cura della tubercolosi, ove essi hanno anche assistito ad una conferenza clinica e a operazioni chirurgiche di toracoplastica.

L'ultimo giorno essi sono stati anche ricevuti da S. E. il Capo del Governo, che si è intrattenuto affabilmente con essi e col Dr. Peck di Freeport, che li conduceva e che ha assicurato, dopo le visite fatte dal gruppo a centri medici scientifici della Germania e dell'Austria, la soddisfazione grande riportata nella visita e l'ammirazione per le nostre istituzioni cliniche e i grandi progressi della scienza italiana.

Un nuovo brefotrofio nel Comense.

L'1 corr. è stato inaugurato con particolare solennità, a Rebbio, il nuovo Brefotrofio provinciale-Maternità, grandiosa opera, nuova superba affermazione del Regime ed altro titolo di vanto per l'Amministrazione della Provincia lariana di cui è preside l'avv. Ferdinando Lanfranconi.

Numerose le autorità intervenute al rito, tra cui il prefetto di Como, Rizzotti, il sen. generale Porro, il segretario federale Marzorati, il podestà Negretti, il preside della provincia di Milano Sileno Fabbri, ecc. ecc. Numerosi i medici convenuti.

L'opera, del costo di cinque milioni e mezzo, è davvero imponente. Essa dà largo sviluppo alla Maternità tenendo invece fermo il concetto che il Brefotrofio solo eccezionalmente deve servire di ricovero a bambini, specie dopo l'allattamento.

L'Istituto ha una superficie complessiva di mq. 19.500, di cui mq. 3.100 coperta da fabbricati.

Il numero complessivo dei vani è di 160. È capace dei seguenti posti: gestanti puerpere legittime e speciali a pagamento n. 44; gestanti illegittime n. 30; bambini lattanti n. 70; balie n. 30; esposti da uno a tre anni n. 64; esposti di età superiore n. 40; suore, levatrici, personale di assistenza e servizio n. 70.

Particolarmente curati sono stati gl'impianti sanitari e igienici con tre gabinetti idroterapici completi forniti di 14 vasche per adulti e 15 per bambini.

Le sale operatorie vennero particolarmente curate nelle finiture, nei pavimenti e munite di rivestimenti impermeabili in vetro alle pareti. L'attrezzatura è completamente nuova.

Festa della Sanità Militare.

Abbiamo già data notizia, nello scorso numero, della festa annuale del corpo di Sanità Militare, celebrata il 5 giugno u. s.

Particolare solennità ha assunto a Roma, ove si è svolta nel grande Ospedale Militare del Celio, adorno di bandiere e di pennoni. La celebrazione si è iniziata con un significativo rito: le reclute del Corpo hanno sfilato in segno di devoto e reverente omaggio dinanzi al Monumento del Soldato di Sanità caduto in guerra, sul quale sono state deposte corone e fasci di fiori.

Le truppe si sono quindi recate nel parco della vicina Villa Fonseca, schierandosi dinanzi ad un Altare da campo che vi era stato eretto. Attorno all'Altare presero posto le autorità e gli invitati. Sono intervenuti alla festa: il Comandante del Corpo d'Armata Generale medaglia d'oro Vaccari, il Comandante Interinale della Divisione Generale Oliva, il gen. medico Ferrero di Cavallerleone, il direttore generale della Sanità Militare ten. gen. medico Umberto Riva, i generali medici Virgallita, Bernucci, Tobia, Masserotti. Numerose le autorità civili: l'on. prof. Ermanno Fioretti, presidente della Federazione Medica Fascista Italiana e dell'Ordine dei Medici di Roma, il prof. Alessandri, anche in rappresentanza del Sovrano Militare Ordine di Malta, il prof. Busi, preside della Facoltà di Medicina, il prof. Della Vedova, i rappresentanti della Prefettura, del Governatorato, della R. Marina, della R. Aeronautica, di tutti i Corpi e Comandi del Presidio, un folto gruppi di ufficiali medici.

Compiuto il rito religioso il col. medico Caccia ha rivolto alle giovani reclute della Compagnia di Sanità un discorso, nel quale ha rievocato l'eroismo dei soldati di Sanità in guerra incitando i presenti a trarne ammaestramento per compiere, in ogni evenienza, con fede e con entusiasmo il proprio dovere.

Nella sera tutti gli ufficiali medici residenti in Roma si sono riuniti ad amichevole collegiale banchetto. Parlarono il gen. med. Riva, capo della Sanità Militare, il gen. Vaccari, il gen. Mola; questi portò il saluto degli ufficiali medici della R. Marina.

Colonia Marina Internazionale della C. R. I. a Port Said.

La fiorente istituzione, fondata nel 1925 dal dott. Dori e sempre sorretta dal più amoroso interessamento della Presidenza generale della Croce Rossa Italiana, si prepara per la prossima riapertura.

Dall'anno scorso oltre il reparto profilattico incominciò a funzionare un vero reparto ospedaliero curativo.

A tale reparto sarà dato quest'anno un maggiore sviluppo per ricoverarvi un maggior numero di ammalati di quelle forme morbose in cui le cure marine ed elioterapiche hanno la loro più netta indicazione.

Federazione Medici Sportivi.

Allo scopo di dare un unico indirizzo all'importante insegnamento della medicina sportiva e per ottenere una regolare organizzazione dei Corsi per Medici Sportivi, la Federazione Medici Sportivi porta a conoscenza che i Corsi suddetti dovranno avere un programma unico.

Saranno riconosciuti solamente i corsi autorizzati da questa Presidenza.

Le sedi ove si svolgeranno i Corsi e le norme che li regolarizzeranno saranno rese note in seguito.

In linea transitoria saranno ratificati tutti quei Corsi che sono stati ultimati o già inoltrati fino alla data della presente circolare.

S'intende che i Corsi già inoltrati dovranno essere condotti a termine.

Tutti gli ispettori regionali e medici sportivi capi provinciali sotto il controllo dei quali si sono svolti i Corsi che, come sopra è detto, risulteranno ratificati, sono pregati di voler trasmettere i nominativi solamente di coloro che avranno frequentato assiduamente, per il rilascio del diploma.

Gli studenti di medicina al Messico.

Durante il 1929, su 7527 alunni iscritti alla Università Nazionale di Messico, 1811 erano studenti di medicina e 256 di odontologia.

(*Bol. Ofic. Sanit. Panamer.*, mag. 1930).

Nuova sede de "La Semana Médica,,.

Il grande periodico argentino di medicina ha inaugurato, il 15 maggio, un edifizio proprio, situato nella calle Córdoba 2254 a Buenos Aires.

Alla festa furono invitati collaboratori, abbonati e amici, che facevano ressa nelle ampie sale della redazione e dell'amministrazione.

Venne scoperto un busto dell'ex-direttore dott. Diógenes Decoud. Tenne un discorso il dott. José Arca, cui rispose il primo segretario di redazione, dott. Tiburcio Padilla, figlio del fondatore del periodico.

Radio-rivista medica.

Alla fine di marzo venne inaugurata a Buenos Aires, presso la Società « L. R. 9. », la « Radio Revista Médica », che ha lo scopo di diffondere tra i medici gli studi recenti che possono maggiormente interessarli.

Il dott. Roque Orlando, professore supplente di neurologia alla Facoltà medica e direttore della radio-rivista, espose il programma che si propone di attuare; poi il dott. Julio Iribarm, decano della Facoltà, tenne un'efficace allocuzione e infine dichiarò inaugurata la radio-rivista, cui coopereranno tutti gli insegnanti della Facoltà.

La produzione del radium in Czecoslovacchia.

Secondo una stima ufficiale, per il 1930 è prevista una produzione di grammi 2,5 di radium dalle miniere di Joachinsthal e nel 1931 una produzione di grammi 4.

Il radium prodotto fin'ora nella Repubblica è stato utilizzato per i bisogni locali. I ministeri dell'igiene e dell'istruzione ne hanno acquistato grammi 2,5 ciascuno, per gli ospedali, le cliniche, i laboratori universitari; anche il ministero dei lavori pubblici possiede del radium, che affitta, in piccole quantità, ai medici.

Per due illustri sanitari a Milano.

Per festeggiare il prof. Ronzani ed il dott. Chincarini, richiamati dall'Amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Milano rispettivamente al posto di direttore, posto conquistato una quindicina d'anni or sono dal prof. Ronzani in un concorso nazionale per titoli ed esami, ed a quello di capo-ispettore dal dott. Chincarini, centocinquanta medici hanno offerto loro un banchetto.

Tra gli altri, vi hanno partecipato i proff. Baldo Rossi, Zoia, Baslini, Pasini, Denti, Calamida, Bagozzi, Forlanini, Lasio, Carpi, Marcora, Ronchetti, Repaci, Medea, Maiocchi, Calvini, Castiglioni, ecc.

Il prof. Pizzagalli si fece interprete dei sentimenti di compiacenza e di stima di tutti i colleghi e lesse tra vivi applausi le adesioni del presidente del Consiglio ospitaliero comm. avv. Massimo Della Porta e del consigliere gr. uff. dott. Binda.

Le onoranze al sen. Gabbi.

Le onoranze al sen. prof. Umberto Gabbi avranno luogo presso la R. Clinica Medica di Parma all'inizio del nuovo anno scolastico, in giorno da fissarsi. Hanno aderito moltissime personalità. Fra i senatori aderenti sono: S. E. Lago, Casertano, Castellani, Maragliano, Fano, Gatti, Pascale, Queirolo, Viola; hanno parimenti aderito quasi tutti i clinici e patologi delle Facoltà mediche italiane; hanno, anzi, dato adesione le intere Facoltà mediche delle Università di Pisa, di Pavia, di Messina, ecc. Innumerevoli le adesioni individuali di singoli studiosi, professori universitarii e docenti, sia italiani che stranieri; fra questi ultimi vi sono personalità eminenti della Germania, dell'Austria, dell'Ungheria, della Cecoslovacchia, della Francia, del Belgio, della Grecia, della Repubblica Argentina, ecc.

In memoria di Camillo Golgi.

È aperto un concorso nazionale per un monumento da collocarsi in un cortile dell'Università di Pavia, riproducente la figura intera di Camillo Golgi in marmo bianco di Carrara con basamento di granito rosa di Baveno. Al vincitore sarà assegnata una somma di 90.000 lire. I bozzetti graduati al secondo e terzo posto avranno due premi rispettivamente di 5000 e 3000 lire. La Commissione è costituita dal podestà e dal Rettore dell'Università di Pavia e da tre artisti.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Studium, 1 feb. — L. FERRANNINI. Luci ed ombre in clinica medica.

Pathologica, 15 feb. — E. PUCCINELLI. Influenza dell'alimentaz. arsenicale sui tumori da catrame e spontanei.

Ned. Tijd. o. Geneesk., 15 feb. — J. VAN DER HOEVE. Esoftalmo.

Mediz. Klin., 14 feb. — F. SCHÜCK. Diagn. precoce e prognosi delle ferite cranio-cerebr.

Münch. Med. Woch., 14 feb. — KRECKE. Trattamento del morbo di Basedow. — v. HOSSLIN. Accettabilità e digeribilità dei cibi.

Mediz. Welt, 15 feb. — R. HERMANN. La dietetica nelle malattie gastr. e intest.

Arch. Ital. di Urol., dic. — V. JURA. Batteriuria in gravid. e in puerperio. — C. RAVASINI. Pielografia endovenosa.

Amer. Journ. Med. Sc., feb. — H. ELWYN. Concetti moderni delle nefriti. — F. F. HARRISON. Eosinofilia con splenomegalia. — M. LEDERER. Anemia acuta emolitica infettiva. — R. R. WHITCHER. Eritroblastemia dell'infanzia (morbo di Jaksch). — H. L. PARKER. Dolore d'origine centrale.

Journal A. M. A., 1 feb. — S. FLEXNER. Encefalite post-vaccinale e forme affini. — R. G. MILLS. Cistitis emphysematosa.

Sang, 1. — M. ASKANAZY. Le funzioni del midollo osseo. — W. BENSIS e A. GOUTHAS. Leucemia linfoide senza splenomegalia e senza ipertrofia dei gangli linfatici.

Paris Méd., 15 feb. — Numero sulle malattie respiratorie.

Arch. per le Sc. Med., gen. — C. BRAVET DI BRIGA. Innesti di cartilagine fissata nell'osso. — G. CERUTI. Influenza delle radiazioni luminose a varia lunghezza d'onde sulle glicemie.

Nation. Med. Journ. of China, dic. — Numero sulle anemie.

Presse Méd., 15 feb. — M. LOEPER e A. LEMAIRE. Il regime dei cardiaci e la nutriz. del cuore.

Ann. d'Ig., gen. — A. ALESSANDRINI e A. SABATUCCI. Variazioni dell'attività litica del batteriofago. — G. TIZZONI e G. DE ANGELIS. Vaccino anticanceroso fenolato. — V. DELFINO. Eugenetica e problema sanitario in Argentina.

Minerva Med., 17 feb. — U. RONDELLI e G. CHIABRERA. Glicemia e fatica sportiva. — F. M. FIORINI. Tbc. del pube.

Arch. Ital. di Chir., 4. — V. SERGI. Aneurismi traumatici. — N. V. BEDARIDA. Gangrena giovan. trattata con surrenalectomia. — C. GIACOBBE. Cura pre-operatoria della diatesi emorragica nell'ittero da ritenzione.

Zbl. f. Chir., 22 feb. — E. W. BAUM e al. Narcosi avertinica.

Presse Méd., 19 feb. — A. GOSSET e al. Riclorurazione nell'occlus. intest.

Rass. Clin.-Ter. dell'Ist. Bioch. Ital., 15 feb. — A. ZERI. Regolaz. umorale dell'automatismo del cuore. — G. ZAGARI. Glicoregolazione nella fisiol. e nella patol. epatica. — G. GAIFAMI. Denunzia obbligat. della gravid.

Fisiol. e Med., 20 feb. — A. DI NATALE. Sopravvivenza in vitro dei leucociti nella malaria. — A. GALAMINI. Valore alimentare dei vari grassi.

Osp. Magg., 31 gen. — V. RONCHETTI. Malattia amiloide.

Journal dos Clinicos, 15 gen. — M. BARRETO. Corea, reumat. poliartic. acuto e cardite.

Gaz. d. Hôp., 19 feb. — J. LHERMITTE e N. KYRJACO. Narcolessie.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 gen. — J. PAVIOT e P. CROIZAT. Epatismo e tbc.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., feb. — O. DIETHELM. Intossicazione da bromuri. — J. NOTKIN. Manifestazioni epilettiche nell'encefalite epidemica cronica.

Ned. Tijd. v. Geneesk., 22 feb. — P. C. T. VAN DER HOEVEN. Il taglio cesareo. — D. HENDERCHÉE. Psittacosi ad Amsterdam.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Ricordiamo l'importante pubblicazione del:

DOTT. PROF. FRANCESCO VALAGUSSA

MEDICO DELLA FAMIGLIA REALE - DIRETTORE E PRIMARIO DEL PREVENTORIO PER LATTANTI « E. MARAINI »
MEDICO PRIMARIO NELL'OSPEDALE INFANTILE « BAMBINO GESÙ » - DOCENTE DI CLINICA PEDIATRICA NELLA REGIA UNIVERSITÀ DI ROMA

Consultazioni di CLINICA, DIETETICA E TERAPIA INFANTILE

Terza edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata, con prefazione di AUGUSTO MURRI

Ecco come si è espresso l'insigne maestro AUGUSTO MURRI:

« Queste *Consultazioni* recano in fronte la propria commendatizia. Un libro di medi-
« cina, che in Italia si ristampa per la terza volta, è un fatto sì raro, che par singolare.
« Basta già questo, perchè i medici italiani si invoglino di leggere. Ed ecco già un bel
« merito del chiarissimo prof. VALAGUSSA, perchè un libro, che mira a diffondere cono-
« scenze utili per i malati, varrebbe sempre poco se non si facesse leggere e rileggere.
« Tali *Consultazioni*, infatti, sono esposte per modo, che non solo non affaticano e non
« annoiano, ma destano la più viva attenzione ed eccitano il più sano interesse.

« Convengo che questo è frutto in parte dell'argomento, poichè *lo studio dell'Igiene*
« *e della Patologia infantile è salito oggi in tanto onore, che nessun medico può più cre-*
« *dersi esente dal dovere di occuparsene seriamente.* Ma l'attrattiva maggiore nasce dalla
« importanza dei temi discussi dal prof. VALAGUSSA, dalla varietà loro e dalla persuasione
« profonda, che leggendo si acquista, che l'Autore non ha messo insieme delle pagine
« lette ed acconciate a nuovo con la propria vernice. Egli ha lungamente osservato e me-
« ditato prima di scrivere per insegnare agli altri e questi si accorgono subito, che chi li
« guida è di fede degnissimo. C'è di più: il sapere diffuso in queste pagine dal prof. VALA-
« GUSSA è in larga misura attinto dall'osservazione clinica sua propria: perciò esso è il più
« spesso d'immediata applicazione. La mente del lettore s'arricchisce di tante conoscenze
« particolari e in sì gran numero di argomenti, che non sarebbe possibile che una mente
« nutrita da sì fatto alimento non dovesse poi esercitarsi con largo profitto nella pratica.
« E' dunque da attendersi che anche questa terza edizione delle ottime *Consultazioni* del
« prof. VALAGUSSA non solo procaccerà a lui viva riconoscenza dai pratici, ma saranno presto
« seguìte da una quarta ristampa ». AUGUSTO MURRI.

SOMMARIO DEL VOLUME:

Prefazione dell'A. - Prefazione di A. MURRI - TOSSINFEZIONI ACUTE E CRONICHE - Morbillo - Malattia di Dukes e Quarto esantema - Varicella - Scarlattina - Pertosse - Difterite - Meningiti purulente - Infezioni tifose e paratifose Broncopolmoniti - Polmonite crupale - Peritonite diplococcica - Infezioni settiche delle vie urinarie da « Bact Coli » - Poliomielite anteriore acuta - Tubercolosi - Meningite tubercolare - Rachitismo - Spasmofilia e tetania - MALARIA - NEFRITI ACUTE - STOMATITI - MALATTIE DEL TUBO GASTRO-INTESTINALE - Malattie della nutrizione - QUESTIONI DI DIETETICA INFANTILE: Alimentazione ed economia alimentare - Carenza alimentare ed anemia alimentare nel lattante - Alimentazione infantile e farine brevettate italiane - Latti condensati e latti in polvere - Tabelle dietetiche per bambini sani ed ammalati - Su di una Sala di allattamento infantile. — CARDIOPATIE CONGENITE. CISTI DA ECHINOCOCCO. — MORBO MACULOSO DI WERLHOF. — TROMBOSI DEI SENI CEREBRALI. — SU DI ALCUNE QUESTIONI DI TERAPIA INFANTILE: Considerazioni sulla cura dell'eresipela - Elioterapia - Vaccinazioni alla Wright e vaccinoterapia: Preparazione e dosaggio degli autovaccini; Antigenoterapia paraspecifica; Antigenoterapia aspecifica con peptoalbumose **- Terapia medicamentosa - Medicamenti principali e posologia di essi - Indice.**

Riportiamo il giudizio che su questo volume, il Chiar.mo Prof. CARLO COMBA ha consacrato nella sua RIVISTA DI CLINICA PEDIATRICA:

« Il libro del distinto pediatra romano è arrivato in pochi anni alla sua 3a edizione. Come dice il **Murri**
« nella bella prefazione, basta già questo perchè i medici italiani si invoglino di leggerlo.

« Non è un Trattato e neppure una arida esposizione di fatti già noti. Il Valagussa prende argomento dai
« diversi capitoli sopra malattie infettive, sopra sindromi dell'apparato digerente, del sistema nervoso, ecc., e sopra
« l'alimentazione del bambino e sopra la terapia, per esporre in forma chiara non solo le questioni più mo-
« derne della patologia, della dietetica e della cura delle malattie infantili, ma eziandio i risultati di una larga
« esperienza personale, dando alla sua esposizione sapore di originalità.

« È certo che gli studiosi delle malattie dei bambini (non soltanto i medici, ma anche gli studenti colti)
« leggeranno con piacere e con profitto il libro del prof. Valagussa, acquistando utili ammaestramenti per la
« loro cultura e per l'esercizio professionale.

« Questa interessante pubblicazione è stata particolarmente curata dalla Casa Editrice, che le ha dato
« una bella veste tipografica e l'ha ornata di numerose figure intercalate nel testo ».

Un volume in-8°, di pagg. VIII-496, nitidamente stampato su carta distinta, con 42 figure intercalate nel testo e finissima *quatricromia* sulla copertina. Prezzo L. **36** più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati sole L. **32,50** in porto franco.

Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI - Ufficio Postale Succursale diciotto - ROMA.